

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 141

Sténose pyloro-duodénale
d'origine biliaire, type Bouveret
(Fistule cholécysto-duodénale - Calcul enclavé)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre BRÉCHET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 18 Août 1901 à FAU-DE-PEYRE (Lozère)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

Sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire,
type Bouveret



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Sténose pyloro-duodénale
d'origine biliaire, type Bouveret
(Fistule cholécysto-duodénale - Calcul enclavé)**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre BRÉCHET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 18 Août 1901 à FAU-DE-PEYRE (Lozère)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIEH
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOUT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REPATTU Ch..
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch...
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch...
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SÉDALLIAN Ch..
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERARD, président; SANTY, assesseur;
ROCHET et CIBERT.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX FRÈRES
Morts pour la France

A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage
de ma reconnaissance et ma pro-
fonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD

Nous avons l'honneur d'être son interne et nous regrettons vivement de ne pouvoir profiter tout le semestre de son précieux enseignement et de son aimable accueil. En acceptant de présider notre thèse il nous donne un gage de sa grande bienveillance. Nous sommes heureux de lui renouveler l'assurance de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

Il fut notre Maître. Nous sommes heureux de pouvoir lui dire la joie que nous avons eu à être son élève. Nous tenons à le remercier très respectueusement de l'enseignement qu'il nous a donné. Les moments passés dans son service comptent parmi les meilleurs de notre vie hospitalière. Nous ne saurions assez lui dire la profonde admiration que sa maîtrise opératoire et son sens chirurgical ont su nous inspirer. Nous voudrions lui exprimer notre vénération.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY

Nous n'oublierons pas le semestre fructueux que nous avons passé dans son service. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et permis de faire paraître ses observations personnelles. Qu'il veuille croire à notre respectueuse et sincère gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET-GUY

C'est grâce à lui que nous avons pu effectuer ce travail, que les circonstances exigeaient rapide. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très sincère reconnaissance et de nos sentiments très affectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYCELON

Hommage de vive sympathie.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR X. DELORE
MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
(*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER
MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT
MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE
MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES
MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

A MES JUGES

Sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire, type Bouveret

CHAPITRE PREMIER

Définition

De nombreux et importants travaux ont fixé depuis une quarantaine d'années l'histoire des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire. Et, à s'en tenir seulement aux publications lyonnaises, l'on trouve dans les travaux de Bouveret, dans la thèse de M. Cotte, dans les communications faites à la Société de Chirurgie, notamment par le Professeur Villard et notre Maître, M. le Professeur agrégé Santy, la description très complète de cette complication rare, mais intéressante à tant de points de vue de la cholécystite lithiasique.

Cette description ne laisse pas cependant d'être complexe : La sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire reconnaît, en effet, les causes les plus diverses : adhérences de péritonite plastique, coudure de la première portion du duodénum, compression par une grosse vésicule remplie de calculs, ou par un volumineux calcul cholédocien, ou par une hypertrophie inflammatoire de la tête du pancréas, effraction de la paroi duodénale par la perforation d'une vésicule adhérente, et enfin enclavement d'un calcul dans le bulbe duodéal.

Ces diverses lésions ont évidemment une valeur inégale et leur retentissement sur le transit pylorique comporte toute une série de degrés s'échelonnant, depuis le trouble fonctionnel-spasme, à la limite du syndrome dyspeptique des lithiases, jusqu'à l'occlusion brutale et irréversible, que provoque l'enclavement d'un calcul dans la lumière duodénale : fausses sténoses et sténoses vraies de Villard.

L'étude thérapeutique d'un tel syndrome ne peut que garder et rendre plus manifeste encore son caractère de complexité : opérations exclusivement biliaires, gastroentérostomie isolée, interventions combinées portant à la fois sur la vésicule et le tractus gastroduodénal, se partagent les indications, fort différentes, que pose chacune des lésions responsables de la sténose pylorique.

Dans ce syndrome classique, au milieu de ces faits disparates et que seul rattache un lien clinique, notre Maître, M. le Professeur Ag. Santy pense que l'on peut individualiser un fait précis : *l'occlusion pyloro-duodénale par calcul en migration cholécystoduodénale, ou déjà enclavé dans le bulbe.*

Aux sténoses relatives, troubles fonctionnels de cause extrinsèque, il oppose cette lésion, dite naguère exceptionnelle, mais dont de nouvelles observations permettent et de retirer le caractère de curiosité rarissime, et de tenter déjà une étude précise.

Nous bornant donc à analyser les faits compris dans ce cadre strict, nous verrons que cette complication particulière des cholécystites chroniques s'individualise non seulement par une définition anatomique, mais

encore cliniquement et radiologiquement, et sans doute surtout du point de vue thérapeutique. A ce dernier titre l'occlusion pyloro-duodénale par calcul en migration cholécysto-duodénale, ou déjà enclavé dans le bulbe, soulève un problème fort complexe à résoudre.

Tels sont nettement délimités, définis par une lésion précise, les faits, dont nous allons tenter l'analyse. Nous ne prétendons pas qu'ils représentent les seuls faits authentiques de sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire, et à côté d'eux, plus nombreux se rangent naturellement les autres dispositifs anatomiques dont nous ne voulons nullement discuter la valeur.

C'est ainsi que nous avons dû éliminer de notre travail une intéressante observation inédite qu'a recueillie M. Santy, et qui concerne un cas de compression duodénale par un calcul cholédocien qui avait, presque sans discussion, fait porter, même opératoirement, le diagnostic de néoplasme pylorique.

Mme C..., 48 ans.

Troubles digestifs ayant apparu depuis deux mois accompagnés d'un amaigrissement considérable. Mauvais état général. Cachexie : poids 44 kilogs. Se plaint de crises douloureuses qui ne se produisent pas une seule fois pendant les quatorze jours de mise en observation.

20 janvier 1930 : Laparatomie exploratrice médiane. Estomac épaissi. Duodénum d'aspect très inflammatoire avec aspect rappelant celui d'un ulcère en évolution. *G. E. A. P. à la suture.*

25 janvier 1930 : Fait une crise très douloureuse avec

tendance syncopale qui ne cède qu'à la morphine et se reproduit le lendemain. Subictère très net. Il paraît évident qu'il s'agit d'une crise cholédocienne.

Pendant sa convalescence a fait à trois reprises des crises douloureuses avec frissons et subictère, qui éclaircissent nettement le diagnostic imprécis du début. Il s'agit de calculs cholédociens.

3 février 1931 : Anesthésie à l'éther. Incision sous-costale droite. Vésicule et bassinets distendus par la bile, mais sans calculs. Quelques adhérences de la vésicule au duodénum qu'on libère. Cholédoque énorme du volume d'une anse grêle distendue, occupé par plusieurs calculs que l'on voit se déplacer par transparence.

Incision cholédocienne. Extirpation d'un énorme calcul cylindrique surmonté d'un calcul du volume d'une grosse noix qui a creusé sa place dans le précédent. Au-dessous de celui-ci, on trouve un second calcul plus petit du volume d'un gros pois. L'exploration des deux bouts du cholédoque après cette ablation ne montre rien. On voit très nettement l'abouchement du cystique dans le cholédoque. On vide par expression la vésicule dans le cholédoque.

Fermeture de la cholédocotomie par une suture à deux plans. On termine par une *cholécystostomie de sécurité*.

Suites opératoires très simples.

8 mai 1923 : A engraisé de 42 kilos, pèse 86 kilos.

Notre Maître nous a conseillé de ne pas comprendre dans notre travail des faits de cet ordre et de limiter étroitement nos recherches aux observations de sténose comportant au moins cette lésion précise de la paroi duodénale qu'est la fistulisation vésiculaire.

Nous aurons à analyser quelle part jouent dans le mécanisme de la sténose le rétrécissement vrai et l'obstruction par calcul émigré, qui sont l'un et l'autre

conséquences de la fistule cholécysto-duodénale. Nombre de fistules cholécysto-duodénales évoluent d'ailleurs sans produire de sténose sous-pylorique : certaines restent latentes, d'autres se traduisent par les signes de l'iléus biliaire, d'autres enfin par la simple expulsion d'un calcul qui, même volumineux, a pu descendre sans encombre le long de l'intestin.

L'on ne trouvera donc pas dans les pages qui suivent l'étude générale des fistules cholécysto-duodénales, mais seulement l'étude de celles qui ont provoqué temporairement, ou de façon définitive, des signes de sténose sous-pylorique.

CHAPITRE II

Historique

A cette complication très particulière des cholécystites lithiasiques, mérite d'être attaché le nom de Bouveret.

Il en a, dès 1896, donné une parfaite description — que sur bien des points nous n'aurons qu'à rajeunir — description anatomique — description clinique — exposé très précis enfin des principes chirurgicaux, qui ne pouvaient alors recevoir une application utile, qui durent s'effacer, pour un temps, devant des techniques de prudence, mais qui ont repris aujourd'hui toute leur valeur.

*
**

AVANT BOUVERET, que savait-on des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire ? La thèse de son élève Alex nous fixe sur ce point :

Van Swieten, Morgagni avaient rapporté des observations de calculs biliaires découverts dans des vomissements. Piron rapporte l'histoire très précise

d' « une malade ayant vomi deux calculs à la suite d'un syndrome de squirrhe du pylore ».

Puis ce sont quelques faits anatomo-pathologiques : ceux de Duplay père qui, en 1833, trouve à l'autopsie un duodénum enserré dans des adhérences développées autour d'une cholécystite chronique, de M. Aug. Bonnet, de Bordeaux, en 1841 :

Homme de 50 ans qui n'avait jamais eu de maladie grave éprouva des étouffements accompagnés de toux, dont l'intensité alla toujours en augmentant. Il commença subitement à vomir dans la nuit du 24 janvier 1826. Un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissements se renouvelèrent, devinrent de plus en plus fréquents.

Le malade dépérit rapidement et mourut après avoir constamment vomi, sans que sa constipation eut cessé. Le ventre était plat en bas et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva un calcul biliaire ayant un pouce trois lignes de hauteur, et un pouce deux lignes de largeur. Ce calcul engagé dans le duodénum l'oblitérait entièrement. La vésicule était squirrheuse, le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siège d'une supuration chronique.

Fauconneau-Dufresne, en 1851, étudie les divers types de migrations des calculs biliaires. Le traité de Naunynn décrit nettement, en 1892, les péricholécystites et leur retentissement duodénal : il donne un exemple de sténose par fistule cholécysto-duodénale, et cite un cas de Schreiber dans lequel Mickulicz fit cesser les signes de sténose en enlevant un calcul engagé dans le duodénum.

Et la même année, débute avec le livre de Riedel l'histoire chirurgicale des sténoses pyloriques d'origine biliaire par adhérences cholécysto-duodénales.

Gaillard reprend cette étude en 1895 dans la *Presse Médicale*.

Mais, hormis le cas purement clinique de Piron, celui anatomo-pathologique de Naunynn, que nous résumons dans un chapitre suivant, et deux observations chirurgicales, celle de Schreiber et une de Mer mann, en 1895, il semble bien que tout restait à dire avant Bouveret sur les sténoses par calcul en migration cholécysto-duodénale, ou enclavé dans la première portion du duodénum.

*
**

II. — En 1896, dans un Mémoire fondamental de la *Revue de Médecine*, Bouveret publie deux admirables observations, et d'après elles décrit ce syndrome précis dont nous devons reprendre l'étude.

OBSERVATION I (BOUVERET)

Sténose duodénopylorique d'origine biliaire, causée par un calcul logé dans une cavité fistuleuse intermédiaire entre la vésicule et le duodénum. Adhérences. Gastrotomie. Ablation du calcul. Mort par hémorragie. Autopsie.

Constant J..., 46 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juillet 1883. Bonne santé jusqu'à 44 ans. Il y a deux ans, crises

douloureuses à l'épigastre. Jamais d'ictère. Les crises cessèrent après l'expulsion d'un gros calcul biliaire que le malade a conservé, et qui a été examiné par le pharmacien de l'Hôtel-Dieu.

Actuellement il se plaint de troubles gastriques ayant débuté brusquement il y a un an après une indigestion. Après chaque repas, sensation de pesanteur à l'épigastre. De temps en temps, vomissements qui amènent un soulagement.

L'estomac est très dilaté ; se dessine sous la paroi amaigrie. Pas de tumeur appréciable. Péristaltisme stomacal très marqué. Constipation. On met le malade au repos, lait, œufs, purées. Les vomissements alimentaires persistent, sont très abondants. L'estomac clapote. Le diagnostic de sténose pylorique par adhérence à la vésicule est posé.

Le 22 juillet. Intervention. Docteur Poncet.

Incision sur la ligne médiane. Le péritoine ouvert, le doigt arrive difficilement jusque sur le pylore très adhérent et profondément caché sous le foie. Pour avoir plus de jour, on fait une incision perpendiculaire à la première et se dirigeant vers l'hypocondre droit. Le pylore devient plus accessible. Il est fixé par des adhérences difficiles à détacher particulièrement serrées au niveau de la vésicule qui lui adhère intimement. En ce point, le doigt sent une tumeur très dure du volume d'un œuf de pigeon et qui paraît être un cancer du pylore. Pour compléter son exploration, l'opérateur se décide cependant à ouvrir l'estomac. Par l'ouverture il introduit le doigt et explore l'anneau pylorique. Il est très rétréci et il semble bien qu'il soit occupé par une tumeur solide et très dure. Après quelques hésitations on reconnaît que cette tumeur n'est autre qu'un gros calcul biliaire engagé à travers une fistule faisant communiquer la vésicule avec la première portion du duodénum, immédiatement au-dessous de l'orifice pylorique. Ce calcul est

enchatoné, assez solidement fixé dans une poche à parois fibreuses ; on réussit cependant à le mobiliser et à l'extraire.

L'opération est achevée par la suture à 3 plans de la plaie stomacale et par la réunion de l'incision abdominale. Le lendemain le malade est pâle, très affaibli. Le poulx est petit, et il meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — Estomac très dilaté. Traces de péritonite récente autour de la plaie stomacale. Adhérences anciennes entre la vésicule, le côlon transverse et le pylore. L'incision de la face antérieure du pylore met à découvert la loge qui soutenait le calcul ; elle est intermédiaire entre la vésicule biliaire et le duodénum, et confine au pylore.

Un orifice qui admet le doigt fait communiquer l'intestin avec la vésicule biliaire. Sur la paroi postérieure de la cavité qui contenait le calcul, on trouve une artériole déchirée, point de départ probable de l'hémorragie mortelle.

La vésicule très rétractée, entourée de 3 membranes fibreuses, contient un liquide trouble et 2 petits calculs.

OBSERVATION II

Mme P..., 50 ans, présente depuis 20 ans des crises douloureuses qualifiées hépatiques, puis tabétiques. Jamais d'ictère. Légère sensibilité épigastrique dans l'intervalle des crises.

Depuis la fin de 1893, malaises après les repas, douleurs et vomissements qui s'atténuent par le régime lacté et les lavages.

En 1895, trois crises de tétanie. L'amaigrissement s'accroît, état général mauvais. On fait le diagnostic probable de rétrécissement du pylore par adhérences.

M. Pollosson opère la malade le 12 mai.

La première portion du duodénum est très adhérente. La vésicule biliaire est petite, rétractée sous le foie, et contient une vingtaine de calculs que l'on extrait.

La deuxième portion du duodénum présente une ulcération perforante à 1 cm. du pylore, causée par la migration de calculs. On suture cette perforation, on libère le pylore de ses adhérences et on tamponne la cavité de la vésicule avec de la gaze iodoformée.

La température monte à 39° le soir, le lendemain à 41°. Pouls petit, dyspnée ; mort.

Si l'on veut bien situer ces deux observations à leur époque déjà lointaine, du point de vue de la chirurgie gastrique et biliaire, l'on comprendra l'intérêt qu'elles suscitèrent alors et le souvenir précis et vif que qu'ont gardé, après plus de trente ans, les chirurgiens qui en furent les témoins.

En 1928, à la Société de Chirurgie de Lyon, au cours d'une discussion sur l'iléus biliaire, M. Villard rappelait ainsi la première observation que nous venons de citer :

« Au cours de mon internat, j'ai eu l'occasion de voir un autre exemple (obstruction pylorique par calcul), diagnostiqué par Bouveret et opéré par Poncet en 1893. J'ai gardé le souvenir vivant de la tenacité de Bouveret affirmant qu'il s'agissait d'une obstruction calculeuse, alors que Poncet, ayant le pylore en main, croyait à un cancer, montrant la justesse de l'analyse clinique de Bouveret... ».

Et M. Tixier ajoutait :

« L'observation que Okinczyc a communiquée récemment à la Société de Chirurgie de Paris, et celle si intéressante de Poncet, que vient de nous rappeler M. Villard, me remettent en mémoire une bien vieille observation de Maurice Pollosson qui n'a jamais été publiée. Il me souvient très bien de ce cas qui fut l'occasion d'une de ces expéditions lointaines à la campagne qui égayaient notre vie d'interne au temps où on n'hésitait pas à opérer à domicile.

En 1895, étant interne de M. Pollosson, je partis avec lui et son frère, Auguste Pollosson, à Chalon-sur-Saône, pour opérer une malade soignée par Désir de Fortunet. Il s'agissait d'une femme atteinte de sténose du pylore. Elle était arrivée à un degré d'émaciation extrême qui s'opposait à son transport. Elle habitait un château très isolé.

On avait considéré cette femme comme atteinte de cancer de l'estomac inopérable jusqu'au jour où M. Bouveret avait été appelé en consultation. Il avait affirmé qu'il ne s'agissait pas de cancer gastrique, mais bien d'une sténose pylorique d'origine biliaire et avait conseillé de tenter une opération.

Sur une table de cuisine, dans des conditions déplorables à tout point de vue, la malade fut endormie. A l'ouverture du ventre, M. Maurice Pollosson découvrit un énorme calcul en train de s'accrocher dans la première portion du duodénum. Un pôle de cet œuf était dans la vésicule, l'autre dans le duodénum. Son ablation détermina deux larges perforations sur ces organes.

Celle de la vésicule fut facilement oblitérée et la vésicule ouverte fut fixée à la paroi. Mais la fermeture du duodénum fut très péniblement exécutée sur un lit de fortune et avec un éclairage déplorable. Une gastro-entéro-anastomose fut exécutée à la hâte. Mais la malade ne put résister. Elle succomba rapidement.

Le diagnostic admirablement précis de M. Bouveret

avait été confirmé au cours de l'opération comme il le fut dans le cas rapporté par M. Villard. Nous ne devons donc pas oublier que c'est à ce Maître lyonnais que nous devons la connaissance des sténoses pyloriques d'origine biliaire. »

Dans son mémoire de la *Revue de Médecine*, puis dans la thèse d'Alex. Bouveret expose ainsi sa conception des sténoses du pylore adhérent à la vésicule biliaire :

Il note que l'adhérence du pylore à la vésicule calculeuse en produit le rétrécissement de plusieurs façons, et qu'il est probable que ces différents modes de sténose coïncident le plus souvent :

- 1° adhérences de péritonite plastique,
- 2° spasme du sphincter,
- 3° angulation, flexion du pylore,
- 4° volumineux calcul engagé dans le duodénum ou le pylore.

Ayant pu dans ces deux cas, ce qui sera bien exceptionnellement fait par la suite, diagnostiquer de façon précise le siège et la cause de la sténose, il insiste sur les possibilités de diagnostic qu'offre l'étude très attentive des commémoratifs : élimination de calculs, crises douloureuses anciennes, les douleurs actuelles n'ayant pas d'intérêt diagnostique.

Enfin, il pose l'indication opératoire formelle, et les considérations qu'il expose indiquent bien la place très grande que, pour lui, tient dans le déterminisme des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire le calcul enclavé : « Il semble de premier abord que cette intervention soit fort simple et consiste seule-

ment à libérer le pylore par la section des adhérences qui l'immobilisent et le rétrécissent. *Il est douteux que le chirurgien rencontre souvent ce cas idéal, et il doit se tenir prêt à une intervention plus complexe : il a fallu non seulement sectionner des adhérences, mais encore enlever des calculs, traiter la vésicule malade, et suturer la perforation de l'intestin.* Or, ces différents temps de l'intervention exposent à l'hémorragie et à la péritonite, accidents auxquels ont succombé nos deux malades, mais ce sont là des questions qui sont de la compétence du chirurgien, et non de celle du médecin... »

*
**

III. — APRÈS BOUVERET. Dès l'année suivante, les thèses parisiennes de Mangourd, qui rapporte une observation type Bouveret, et de Marchais, reprennent la question des sténoses biliaires, mais avec Tuffier et Marchais, le cadre des « *rétrécissements du pylore d'origine hépatique* » s'élargit, et les faits si nettement mis en valeur par Bouveret, commencent à se noyer au milieu des observations de cholécystite avec péri-cholécystite : sur 19 cas, il n'y a plus que 8 fistules.

En réalité Tuffier voit les choses chirurgicalement et conseille la prudence opératoire : « Que trouve le chirurgien à l'ouverture de l'abdomen ? dit-il : l'estomac énorme, la vésicule petite, adhérente, ou bien *une masse pyloro - duodéno - vésiculo - hilo - pancréatique*, dans laquelle il pourra parfois discerner ce qui revient à chaque organe, et sentir avec plus ou moins

de netteté des calculs ou une collection, à moins que l'isolement de toutes ces parties ne soit difficile, ou impossible. *Il ne faut pas insister, ajoute-t-il, pour décoller quand même ces adhérences, car elles sont généralement très intimes et une rupture d'organes, toujours grave en pareil cas, peut s'en suivre. »*

L'idéal que recherche d'abord Tuffier est une guérison opératoire. Aussi, pour cela, prone-t-il l'opération simple : section d'une bride entre deux ligatures, suivie de la fermeture immédiate de l'abdomen, gastro-entérostomie si l'on tombe sur une masse indistincte que l'on ne libérerait qu'avec difficultés, ou sinon, cholécystostomie.

Une telle conduite laissera sans doute en place, inaperçus, des calculs enclavés dans une fistule cholécysto-duodénale ignorée : c'est bien, semble-t-il, ce qu'admet Tuffier lorsqu'il écrit ensuite : « évidemment l'opération idéale serait la section des adhérences, la suture de la vésicule après excision de la partie ulcérée, la pyloroplastie ou la suture du duodénum après ablation du calcul. Mais si le début de l'opération a été laborieux, si le malade est dans un état général inquiétant, déjà très émacié et affaibli par de longues souffrances, nous croyons que la gastro-entérostomie combinée avec le drainage de la vésicule est indiquée de préférence à toute autre opération. »

Le mémoire de Tuffier et Marchais resta classique. Les conseils de prudence qu'il contenait orientèrent la chirurgie des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire vers une voie assurément plus sûre, mais qui devait laisser dans l'ombre pour de nombreuses an-

nées cette lésion précise, si nettement individualisée, chirurgicalement, du calcul enclavé dans le bulbe duodénal.

Quelques observations isolées sont publiées pendant les 25 ans qui suivirent : celles de Le Bec et Müller, Friedmann, Tuffier, Enriquez et Gosset...

Mais le plus souvent le chirurgien se résoud à l'opération indirecte : la thèse de Bressot, inspirée par M. le Professeur Tixier, relate ainsi 12 cas de sténose pylorique d'origine biliaire, dont le plus grand nombre furent traités par la seule gastro-entérostomie — qui apparaissait comme la seule thérapeutique convenable dans les cas d'adhérences solides fixant le pylore, le duodénum, la vésicule, le hile, et dont l'isolement était impossible. Lorsque la gastro-entérostomie n'est pas suivie d'un acte vésiculaire, les résultats éloignés sont souvent marqués et Bressot insiste sur ce point, par la persistance de douleurs et de troubles fonctionnels.

Une évolution se faisait cependant dans le sens d'un traitement direct, et plus précis des lésions : c'est ainsi qu'en 1907 M. Cotte combattait déjà l'intervention indirecte et prônait systématiquement l'opération vésiculaire considérée comme nécessaire (Obs. de Delore, Villard).

L'application de ces principes devait faire retrouver plus souvent dans la dissection du bloc d'adhérences cholécysto-duodénales le calcul enclavé et la fistule. Dans ces dix dernières années les observations se sont multipliées depuis celle publiée par Okinczyc, en 1921, à la Société Nationale de Chirurgie, et par MM. Bé-

rard, Delore et Santy, dans la thèse de Keller, Goul-lioud, en 1922, rapporte à la Société de Chirurgie de Lyon, un cas, rappelant traits pour traits la description de Bouveret, et au cours de la discussion, M. le Professeur Villard fixe de façon restée très classique les règles qui président aux indications chirurgicales dans les divers types de sténose pyloro-duodénale vraie d'origine biliaire, et que reprendra la thèse de Goloubovitch. Des observations nouvelles sont produites par Venot, de Martel, Miraille et Thibaud, tandis que le mémoire de Papin, la communication de M Perrin au Congrès de 1928, la thèse de Bedos, inspirée par M. Delore, discuteront à nouveau du problème thérapeutique d'ensemble.

Okinczyc publie en 1928 dans une étude des migrations transduodénales directes des calculs vésiculaires, une nouvelle observation précise à laquelle s'ajoutent un cas anatomo-clinique de MM. Pallasse et Regad, la belle observation publiée en 1929 par MM. Villard et Cade et celles plus récentes de Caudrelier et rapportées à la Société Nationale de Chirurgie.

Dans la littérature étrangère contemporaine, se retrouvent de nouveau, parallèlement, quelques observations précises.

L'étude radiologique de l'obstruction duodénale par calcul débute avec les faits rapportés par Brocq, Brodin et Aime, en 1929, et par Santy en 1931.

Naguère considérée comme tout à fait exceptionnelle, il semble bien, à lire les travaux parus depuis 10 ans, que la sténose pylorique par calculs en migration cholécystoduodénale, ou déjà enclavés dans le bulbe, perde aujourd'hui ce caractère de grande rareté, et tende à reprendre dans l'étiologie du syndrome sténose duodénale d'origine biliaire, la place que lui avait assignée le mémoire de Bouveret. Elle peut en tout cas être étudiée déjà de façon précise; nous avons retrouvé 28 cas utilisables, en ajoutant aux observations que nous venons de citer, celles que nous avons pu glaner dans les publications étrangères. Nos recherches bibliographiques sont restées sans doute incomplètes, mais, à ces documents, nous pouvons joindre encore deux faits inédits que nous devons à l'obligeance de MM. Santy et Wertheimer, cette dernière observation, d'un intérêt clinique tout spécial, étant l'objet d'un travail en préparation de la part de MM. Wertheimer et Milhaud.

CHAPITRE III

Etude anatomique

Le premier fait que signalent les comptes rendus opératoires et les protocoles d'autopsie est la dilatation de l'estomac.

Si parfois une intervention, surprenant le stade initial d'une sténose encore incomplète, a pu montrer un estomac modérément dilaté, nous devons insister sur ce fait que, le plus souvent, même dans des opérations précoces, l'on trouve un estomac très distendu, à résidu copieux et dont les parois présentent cette pseudo-hypertrophie et cet œdème, que l'on a coutume de noter dans les sténoses cancéreuses : notion importante à connaître pour poser opératoirement un diagnostic, qui a pu être égaré par ces constatations et plus encore, au point de vue de la technique opératoire, l'estomac fragile se prêtant mal aux sutures et devant imposer de ce fait des opérations en deux temps.

Les autopsies signalent naturellement toutes cette énorme distension gastrique, telle déjà cette ancienne observation de Naunynn :

OBSERVATION III
(NAUNYN)

Sténose pylorique d'origine biliaire, par compression calculieuse, mort sans intervention. Compte rendu d'autopsie.

Homme âgé de 57 ans. Jamais de coliques hépatiques ou d'ictère. Il y a environ deux ans, le malade remarqua une tumeur dure dans l'hypocondre droit, atteignant rapidement la grosseur d'un œuf de poule, et disparaissant ensuite graduellement après une durée de 7 mois.

Simultanément le malade vomissait presque journellement. Peu à peu les vomissements disparurent et les troubles gastriques s'améliorèrent.

Depuis un an, nouveaux vomissements, renvois, douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Le malade présente un état général très mauvais. Homme très cachectisé, pas d'ictère, dilatation stomacale énorme, vifs mouvements péristaltiques à larges ondulations, allant de gauche à droite. Les lavages gastriques soulagent le malade.

Au commencement de décembre, on sent pour la première fois une tumeur nette du pylore.

Le 2 décembre, subitement, coma qui dure jusqu'au 16. Mort.

Autopsie. — L'estomac est énorme. Le foie déborde de 2 à 3 travers de doigt. Au niveau de la vésicule biliaire fait saillie une tumeur de la grosseur d'un œuf, d'une consistance de pierre, qui est soudée d'une part à la région pylorique, de l'autre à l'angle droit du côlon.

L'estomac ayant été incisé le long de la grande courbure, on constate, en essayant de passer le doigt à travers l'ouverture pylorique, une tumeur faisant saillie sous la concavité de l'estomac en haut, et diminuant considérablement la perméabilité de la valve pylorique.

Immédiatement au-dessous du pylore, on constate un orifice d'un 1/2 pfenning environ, à travers lequel la sonde rencontre une résistance dure, due à un calcul de cholestérine de la grosseur d'un œuf, qui remplit complètement la vésicule biliaire.

A cette dilatation gastrique, de degré variable, s'ajoute parfois une dilatation du bulbe duodénal. Le pylore est lui-même béant : Wertheimer incisant le duodénum vit le champ opératoire inondé d'une quantité considérable de liquide de stase gastrique, que ne retenait plus l'écluse sphinctérienne.

Nous verrons dans quelles conditions se réalise cette distension duodénale.

Les sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire que nous étudions, sont, nous l'avons dit, définies par la coexistence :

- d'une fistule cholécysto-duodénale, constante,
- d'un calcul en migration cholécysto-duodénale, ou déjà enclavé dans le bulbe,
- et parfois un rétrécissement vrai du duodénum.

Leur ensemble constituant ce qu'il est légitime d'appeler : la « *lésion de Bouveret* ».

Nous ne connaissons pas de sténoses pyloro-duodénales secondaires à la fistulisation, d'ordre exceptionnel, du cholédoque.

I. — *La Fistule Cholécystoduodénale*

Nous ne voulons donner ici la description générale de cette lésion. La lecture de nos observations indique les dimensions fort variables de l'orifice fistuleux,

l'accrolement parfait des muqueuses, ou au contraire l'existence d'un court trajet granuleux intermédiaire.

Un point est constant : l'importance de la réaction péritonéale, bloquant la région sous-hépatique et masquant la fistule par des adhérences parfois si serrées que le chirurgien a pu reculer devant leur dissection :

OBSERVATION IV (MANGOURD)

Q..., 58 ans, entre à l'Hôpital d'Angers pour vomissements quotidiens et douleurs épigastriques apparues à la suite d'une période de diarrhée intense et abondante, qui a duré un mois et a résisté à tout traitement.

Antécédents : typhoïde à 8 ans. Crises journalières épigastriques, avec irradiation à l'épaule à l'âge de 40 ans.

A l'entrée : vomissements, cachexie, tumeur de la région épigastrique.

Sur les instances de la malade, on tente une intervention. Estomac énormément dilaté. Le pylore adhère au foie ; la vésicule est introuvable, elle est engloutie avec le pylore et l'extrémité du duodénum dans un tissu induré formant une masse considérable. Il semble impossible de libérer le pylore au milieu de ces adhérences, et l'intervention est abandonnée.

Mort au bout de 48 heures.

Autopsie : Le fond de la vésicule est adhérent à la partie supérieure du pylore et de la petite courbure. Ses parois sont très épaissies et contiennent un calcul. Derrière ce calcul, un conduit fistuleux, long de 2 cm. environ, arrive jusqu'à la cavité stomacale.

Il existe un deuxième conduit fistuleux partant du fond de la vésicule, se dirigeant verticalement de haut

en bas et venant s'ouvrir dans la cavité du pylore. En prenant le pylore entre les doigts, nous percevons une induration très limitée, dure et arrondie. Nous arrivons avec quelque difficulté à glisser l'une des branches des ciseaux entre l'obstacle et la paroi pylorique, et nous fendons longitudinalement le pylore. Nous trouvons alors enchâssé, en quelque sorte, dans l'anneau pylorique, un calcul biliaire de plus d'un centimètre de diamètre ; il est fixé là dans une logette circulaire, sorte de rainure, creusée dans la paroi pylorique même, et rendue plus profonde par un bourrelet de la muqueuse, qui s'élevait, d'une part, entre le calcul et le duodénum et, d'autre part, entre le calcul et l'estomac.

La sténose nous paraît bien tenir à la présence du calcul retenu en place par le boursoufflement de la muqueuse en amont et en aval.

Sans doute, nombre d'opérés pour lesquels, respectant le bloc d'adhérences sous-hépatiques, le chirurgien se contenta d'une gastro-entérostomie, avaient-ils, à l'origine de leur sténose, une fistule cholécystoduodénale que, seule, une dissection laborieuse eût découverte.

Le siège de l'effraction duodénale semble assez constant : partie moyenne de la première portion et plus exactement bord supérieur, et parfois même, face postérieure du duodénum. La perforation vésiculaire est, semble-t-il, moins souvent au niveau du fond, qu'à la partie saillante du bassin, étroitement en rapport avec le duodénum. Le corps et le fond de la vésicule rabattue sur la fistule, et adhérente à la face antérieure du duodénum puis au transverse, viennent masquer

l'ensemble des lésions que l'on découvre, le plus souvent inopinément, en voulant libérer la vésicule.

Un exemple net du siège de la fistule au niveau de ce jabot que forme le bassinnet vésiculaire est donné par cette observation d'Okinczyc :

OBSERVATION V
(Observation d'OKINCZIC)

Homme de 67 ans. A eu au mois d'août 1922 une crise nette de colique hépatique, avec élévation de température à 39° pendant 24 heures.

En septembre, nouvelle crise plus violente. La fièvre persiste pendant 8 jours ; il y a du subictère, un peu d'empâtement douloureux de la région sous-hépatique.

En janvier 1923, il existe une petite tuméfaction de l'hypocondre droit avec sensibilité persistante. L'état général est bon.

En août, le malade accuse des digestions lentes et difficiles, il maigrit.

A la radioscopie : atonie complète de l'estomac avec défilé pylorique filiforme.

Opération le 9 août.

L'estomac est très distendu. Toute la région du pylore et de la première portion du duodénum est épaissie, très adhérente à la face inférieure du foie. La vésicule n'est pas visible. Libération des adhérences. Le bassinnet, occupé par volumineux calcul, adhère intimement au pylore et à la première portion du duodénum. Leur libération met en évidence une fistule qui fait communiquer le bassinnet et le canal pyloro-duodénal au contact même du calcul. Cholécystectomie rétrograde. Fermeture en deux plans de la perforation pyloro-duodénale avec épi-

plooplastie. Enfin, en raison de l'épaississement des parois et de la suture de la fistule qui réduit encore le calibre du canal pyloro-duodénal, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Fermeture sur drain sous-hépatique.

Guérison.

La fistule cholécysto-duodénale est parfois précédée d'une perforation vésiculaire en péritoine cloisonné, et c'est secondairement qu'elle se constituera par l'évolution d'un abcès périvésiculaire et la migration du pus vers le viscère creux le plus proche, le duodénum. La trace de ce processus sera la présence de calculs enchâssés dans le bloc d'adhérences autour du trajet fistuleux (Mallet Guy et Heitz).

Mais, le plus souvent, semble-t-il, d'après l'histoire clinique, la perforation vésiculaire et l'effraction duodénale n'ont pas eu cette acuité et se sont peu à peu complétées : les observations de notre maître, M. Delore, montrent nettement les étapes initiales de ce processus progressif : adhérence intime des deux organes, puis ulcération progressive de la vésicule, puis, une à une, des tuniques duodénales.

OBSERVATION VI

(Observation de M. DELORE, in Th. KELLER)

Sténose pylorique d'origine biliaire par adhérences intimes de la vésicule à la portion sous-pylorique du duodénum. — 1^{er} temps opératoire : G. E. P. à la suture à 3 plans ; 2^e temps opératoire : ablation de calcul. — Guérison.

Femme de 35 ans. Est examinée par les Docteurs Perret et Bouveret. Très long passé biliaire. Depuis 1 an, troubles digestifs caractérisés par des vomissements alimentaires presque quotidiens. On voit nettement tous les signes d'une sténose pylorique assez accentuée, avec ondes péristaltiques très nettes.

En outre, un peu à droite de la ligne médiane sus-ombilicale, masse dure, mobile avec le foie, qui doit être la vésicule.

Intervention le 8 février 1917. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est très grand, épaissi ; la région pylorique est fixée et adhère à la vésicule par des adhérences anciennes et très serrées. — Gastro-entérostomie postérieure, transmésocoliq. à la suture à 3 plans au catgut. Le pylore paraît fibreux. L'inflammation de la vésicule, qui contient un énorme calcul, paraît s'être propagée jusqu'aux tuniques intestinales. Suites simples.

Le 29 mars 1917 : Cholécystostomie par incision oblique sous-costale, et ablation d'un énorme calcul de la vésicule. La vésicule ratatinée sur lui et épaissie, ne saurait être enlevée sans déchirer le duodénum. Guérison complète le 25 avril.

La malade est revue en excellent état en décembre 1920.

OBSERVATION VII

(Observation de M. DELORE, in th. KELLER)

Sténose duodéno-pylorique biliaire par compression duodénale causée par un calcul du volume d'une noix. Cholécystectomie et gastro-entérostomie postérieure par prudence. Guérison.

Ch... Georges, 71 ans, entre dans le service du Docteur Delore le 1^{er} septembre 1921, pour troubles gastriques.

Excellente santé jusqu'à 35 ans. A cet âge, première

colique hépatique. Les coliques se répètent de plus en plus fréquemment, chacune d'elles étant suivies d'un ictère franc qui durait 8 jours.

Vers 40 ans : ictère chronique qui dura 2 mois.

Vers 50 ans, la fréquence des coliques diminue. L'élément douleur diminue le plus et, actuellement, le malade ne souffre pas, mais la crise n'est plus constituée que par une série de troubles digestifs. Elle dure une huitaine de jours, disparaît spontanément. Souvent avec vomissements.

Examen : Pas de point douloureux abdominal. Contracture du muscle droit du côté droit. Quelques ondes péristaltiques, mais pas de tumeur, pas de clapotage à jeun.

Radioscopie : Très grand estomac atone ; 6 heures après, on constate la persistance d'une partie du bismuth dans le bas fond gastrique.

Intervention le 5 septembre 1921. Laparotomie sus-ombilicale médiane, sur laquelle on branche secondairement une section transversale du grand droit du côté droit.

Il s'agit donc d'un gros calcul (noix) dans la vésicule, adhérente à la première portion du duodénum, immédiatement au-dessous du pylore.

Au niveau de cette adhérence la vésicule est perforée, et le calcul est directement en rapport avec les tuniques duodénales. Le duodénum n'est pas perforé. On peut décoller la vésicule et faire une cholécystectomie de dedans en dehors. Quant à la zone adhérente du duodénum, elle est répéritonisée.

Le duodénum est ulcéreux sur toute sa circonférence.

On termine par prudence avec une gastro-entérostomie postérieure au bouton ; cloisonnement sous-hépatique, suture de la paroi. Petite mèche.

Les constatations opératoires de Moure montrent également le mode de progression des lésions : à côté de l'orifice fistuleux, un autre calcul est découvert, ayant déjà traversé la paroi duodénale, mais encore maintenu dans une niche de la muqueuse épaissie.

OBSERVATION VIII

(Observation de MOURE. *Soc. Chir.*, p. 200)

Mme C..., âgée de 58 ans, entre à l'hôpital le 12 novembre 1920, pour des douleurs épigastriques avec des vomissements. Cette femme souffre depuis douze ans de coliques hépatiques, sans avoir jamais présenté d'ictère franc.

A son entrée, cette femme, fatiguée, ne présente pas d'ictère. Mais la réaction de Gmelin est positive dans les urines ; la température oscille autour de 38° ; il existe un point douloureux très net dans la région vésiculaire, mais la vésicule n'est pas perceptible.

L'examen radioscopique, pratiqué le 10, puis le 19 novembre, révèle un estomac hypotonique. Aucune évacuation ne se produit durant la première demi-heure ; la portion du duodénum se dessine mal : il existe un point douloureux vésiculaire. La radiographie montre nettement l'ombre d'un calcul volumineux.

Opération le 7 décembre 1920. Anesthésie à l'éther. Incision sus-ombilicale transversale droite. Il existe des adhérences serrées entre la première portion du duodénum et la face inférieure du foie. On sent à travers ces adhérences une masse dure ; par dissection prudente, on isole le fond de la vésicule, dont la face inférieure fait corps avec le duodénum. Elle contient un gros calcul ayant les dimensions d'une noix, En pous-

sant la dissection, on sépare la vésicule de la première portion du duodénum, mais il existe une communication entre ces deux organes. Par l'orifice, on extrait le gros calcul de la vésicule, mais on aperçoit dans l'orifice duodénal, ayant déjà traversé la paroi duodénale, un deuxième calcul plus petit, encore maintenu dans une niche de la muqueuse épaissie. Ce calcul est extrait. La vésicule est progressivement décollée d'avant en arrière. Ligature isolée de l'artère et du canal cystique. Fermeture de la brèche duodénale par deux surjets à la soie. Exploration digitale du cholédoque qui paraît libre ; drain sous-hépatique avec deux mèches. Fermeture de la paroi en un plan.

L'examen de la pièce montre une vésicule à parois épaissies avec un canal cystique perméable. Après l'intervention, la malade fut assez fatiguée et, malgré tous les stimulants habituels, s'affaiblit progressivement, se cachectisa et mourut le 13 janvier.

Telles sont, dans le plus grand nombre des cas sans doute, les étapes initiales de la fistulisation qui se fait à bas bruit, et sans le drame péritonéal sous-hépatique des classiques.

L'observation de Friedmann montre l'évolution possible vers la cicatrisation de la fistule cholécystoduodénale, dont opératoirement ne se retrouvent que des vestiges.

OBSERVATION IX

(Observation de FRIEDMANN, New-York)

Obstruction du duodénum par des calculs biliaires. Dg. fait avant l'opération. Intervention. Guérison.

Femme de 35 ans. Souffre depuis dix semaines, vomit. Des cliniciens ont porté le diagnostic de : ulcère d'es-

tomac, congestion du foie, cancer du foie, lithiasé vésiculaire.

Friedmann porte le diagnostic d'obstruction du duodénum par calcul biliaire en se fondant sur l'existence dans les antécédents d'une fièvre typhoïde, de crises douloureuses avec fièvre et vomissements il y a 5 ans et il y a 1 an, sur la constante douleur abdominale depuis ce moment, la fréquence des vomissements, la sensation d'une masse résistante dans la partie droite de l'épigastre au-dessous du foie.

Opération (Blake). Cholécystectomie, duodénorrhaphie, gastro-entérostomie postérieure. La vésicule était remplie de calculs et adhérait au pylore et à la première portion du duodénum ; vestiges d'une perforation de la vésicule dans le duodénum, recouverte par des adhérences.

Une grosse pierre et un grand nombre de calculs sont contenus dans une poche dans la paroi du duodénum. Cette ulcération a causé la formation d'un épais tissu de cicatrice autour du duodénum, et il en est résulté la sténose presque complète de celui-ci. Pas de pierre dans le cholédoque. Estomac distendu.

La cholécystectomie est rendue difficile par les adhérences. Après ouverture du duodénum au niveau de la zone ulcérée et l'enlèvement des pierres, on fait une duodénorrhaphie au point de Lambert, puis une gastro-entérostomie postérieure complémentaire. La malade sort guérie un mois juste après l'intervention.

C'est toujours au contact d'un calcul que s'est perforée la vésicule. Dans les faits que nous étudions, ce *calcul en migration cholécysto-duodénale* va devenir l'agent essentiel de la sténose sous-pylorique. De volume souvent considérable, il est seul à obturer fistule et lumière duodénale. Au-dessus de lui, s'empilent

souvent dans la vésicule d'autres calculs plus petits en nombre variable. Il est fréquent d'ailleurs, au cours des interventions, de ne découvrir l'agent causal de la sténose qu'après avoir évacué d'abord la vésicule des pierres qu'elle contenait.

Dans le cas de Troell, la vésicule fistulisée retenait encore une centaine de calculs :

OBSERVATION X (Observation de TROELL)

Femme de 63 ans, présente des douleurs épigastriques et des vomissements. N'a pas d'ictère.

L'abdomen est souple ; on ne voit pas d'ondes péristaltiques, on ne sent pas de tumeur.

Signes de sténose à la radioscopie. On fait le diagnostic de sténose pylorique d'origine probablement cancéreuse.

Intervention : Laparotomie médiane sus-ombilicale. De nombreuses adhérences simulant un cancer bloquent le carrefour sous-hépatique. En réalité, il s'agit d'une lithiasse. On incise la vésicule dont on extrait une centaine de petits calculs. Il y a en outre une perforation de la vésicule dans le duodénum. Fermeture de la fistule, gastro-entéro-anastomose postérieure. Guérison.

Quelques observations signalent l'obstruction duodénale, réalisée par l'agglomération de plusieurs pierres dans la lumière ou même dans l'épaisseur des parois intestinales.

OBSERVATION XI
(LE BEC et MULLER. Th. DUFOUR)

Sténose duodéno-pylorique d'origine biliaire, par rétraction cicatricielle suite de fistule lithiasique. Pylorectomie et duodénectomie partielles.

Mme X..., 51 ans, à Issy-les-Moulineaux, entre dans le service du Docteur Le Bec en décembre 1902.

A eu à 30 ans une fièvre muqueuse. Quelque temps après une jaunisse assez intense, sans crise douloureuse.

Il y a 4 ans environ sont apparues des douleurs épigastriques avec sensation de tiraillement et brûlure, environ une heure après le repas. Il y a 18 mois sont apparus des vomissements bilieux, puis alimentaires. L'état général s'est aggravé. La malade a maigri d'une façon progressive jusqu'à la cachexie.

A l'entrée : douleurs violentes aussitôt après l'ingestion. Vomissements continuels presque immédiats. Ondes péristaltiques. Clapotage net. On fait le diagnostic de sténose d'origine indéterminée.

Opération le 22 décembre. Laparotomie médiane. A la face inférieure du foie on trouve une masse, adhérente au foie et au duodénum, de la grosseur d'une mandarine, très dure. On reconnaît que c'est la vésicule biliaire, qui renferme des calculs. Ouverture de la vésicule, elle contient un calcul d'une forme irrégulière, cubique, et du volume d'une grosse noisette. Outre ce gros calcul, il y en a 5 autres un peu plus gros qu'une lentille. On enlève les calculs et on suture la vésicule, son extraction ayant été jugée trop difficile.

On libère ensuite le pylore, il présente une induration et une épaisseur considérables sur la nature desquelles il est impossible de se prononcer. Section du duodénum

à la limite de ce qui paraît être sain. Section du pylore du côté de l'estomac. Suture du duodénum et de l'estomac par un double surjet à la Lambert. Suture de la paroi. Drainage.

Examen macroscopique : La pièce qui vient d'être enlevée mesure environ 4 cm. Elle est formée par le pylore et le commencement du duodénum. Le pylore est très épaissi, très rétréci, au point que l'orifice du canal n'admet plus que le passage d'un tuyau de plume d'oie. On trouve ensuite dans l'orifice même un calcul et l'on en sent d'autres enclavés dans les parois.

On aperçoit de plus à l'extérieur un orifice par lequel ont sans doute pénétré les calculs pour gagner le pylore, car il est continué par un trajet fistuleux aboutissant au point où se trouvent précisément les calculs encloués.

Cette fistule a dû être en rapport avec la vésicule biliaire. Il s'est fait de la péricholécystite suivie de la formation d'adhérences entre la vésicule et le pylore, puis perforation des parois de la vésicule où ils s'arrêtent et se fixent. Leur présence a déterminé une irritation des parois et de la muqueuse, puis un épaississement inflammatoire de l'anneau pylorique.

La malade a succombé des suites de shock et d'épuisement au bout de 30 heures.

OBSERVATION XII (Observation MAKKAS)

Femme de 42 ans, a présenté il y a 3 ans un ictère qui a duré 20 jours, sans douleurs. Une semaine après la disparition de l'ictère, accès douloureux épigastrique qui ne dura que quelques minutes. Deux mois après violente crise douloureuse épigastrique ayant nécessité une piqûre de morphine. Pas d'ictère.

Radioscopie : Estomac atonique très faiblement péristaltique. 9 heures après, la baryte est encore en entier dans l'estomac, il s'agit donc d'une sténose pylorique très serrée.

Intervention. Grand estomac. Le pylore et la première portion du duodénum sont épaissis et adhèrent intimement au fond de la vésicule qui est blanchâtre et ratacinée. Dans celle-ci un gros calcul et quelques petits vers le col. Au milieu des adhérences on palpe nettement un lien gros comme un crayon entre le fond de la vésicule et la paroi antérieure de la première portion du duodénum. Cela traduit l'existence d'un trajet fistuleux qui apparut nettement après dissection. Cholécystectomie. Les voies biliaires sont libres. L'on sent au pylore une tumeur dure comme une noisette. Résection typique de la portion pylorique de l'estomac et de la portion initiale du duodénum. Petite mèche dans le lit vésiculaire. Suture paroi. Guérison.

L'examen de la pièce montre que la tumeur pylorique est constituée par 12 petits calculs biliaires qui sont inclus en quelque sorte dans la sous-muqueuse de la portion initiale du duodénum formant un collier responsable du rétrécissement pylorique. Au niveau de la fistule un gros calcul complétait l'obstruction.

Typiquement, le calcul est enclavé au contact même de l'orifice fistuleux et obstrue, à quelque distance du pylore, le bulbe duodénal : Mais il est d'autres possibilités qui définissent à côté de cet *enclavement sous-pylorique*, d'autres formes anatomiques d'obstruction pyloro-duodénales, utiles à connaître pour interpréter les clichés radiographiques, et même pour diriger la technique opératoire.

Il est assez fréquent que le calcul reste à cheval sur

l'orifice cholécystoduodénal : les observations de Naunynn, Okinczyc, Ponzi, celle inédite qui nous a été confiée par notre Maître, M. Santy, sont les plus démonstratives.

Dans ces deux formes, la sténose est duodénale, sous-pylorique; mais, dans quelques cas, le calcul très volumineux, ou refoulé vers le pylore par la constitution d'un rétrécissement pariétal du duodénum, vient oblitérer l'orifice sphinctérien, à travers lequel il fait saillie dans l'estomac. L'observation de Miraillé et Thibault est un bon exemple de ce *calcul enchatonné du pylore* que De Martel a pu enlever par gastrostomie :

OBSERVATION XIII

(De MIRAILLE et THIBAUT, 1924)

Mlle P..., 57 ans, à l'Hôpital depuis 1921 pour crises d'épilepsie, se met, en juillet 1922, à présenter des troubles digestifs subits, nausées, pesanteurs, douleurs, qui l'obligent à réduire peu à peu son alimentation.

En octobre, véritable douleur et apparition de vomissements. Malgré la netteté du syndrome pylorique, on ne perçoit pas de tumeur, on ne voit pas d'ondes.

Le 15 novembre, à la *radioscopie*, on voit des ondes péristaltiques nettes. Le bismuth semble s'arrêter au niveau du pylore et filtrer par petites éjaculations dans le duodénum.

Diagnostic : néoplasme du pylore. Décès le 17 novembre.

Autopsie : Le pylore est complètement adhérent à la vésicule dans laquelle on sent un gros calcul.

L'ouverture de l'estomac nous fait découvrir un gros calcul de 10 à 12 mm. de côté, figé par un angle dans l'orifice pylorique ; autour de lui, 3 petits calculs.

Les parois de la vésicule, très épaissies, s'appliquent étroitement sur un gros calcul ovoïde du volume d'un œuf de pigeon.

En examinant la paroi de la vésicule qui adhère au pylore, on remarque une partie déprimée où la muqueuse semble manquer. Cette ulcération, ancienne cicatrice, mesure environ 5 mm. de diamètre. Elle est assez régulièrement circulaire et communique avec le pylore. Par ce trajet sont évidemment passés les calculs qui sont restés enclavés dans le pylore.

Spontanément d'ailleurs, le calcul peut tomber dans l'estomac et, à l'observation historique de Piron (vomissement d'un calcul), nous pouvons ajouter le fait anatomique de Pallasse et Regad. Inversement le calcul a pu se localiser plus bas dans la deuxième portion du duodénum, ce qui semble exceptionnel (Caudrelier), les faits de sténoses sous-vatériennes étant mis à part.

Il apparaît ainsi qu'il est des calculs mobiles, et d'autres fixés dans la lumière du duodénum — fixés soit dans l'orifice fistuleux, soit dans une niche diverticulaire de la muqueuse, soit enfin en plein bulbe, par le rétrécissement vrai des parois duodénales.

III. — Le rôle des *lésions pariétales* du duodénum, contemporaines de la fistulisation vésiculaire, est souvent essentiel dans le mécanisme de la sténose et le calcul de petit volume qui occupe le bulbe ne l'oblitére

que parce qu'il vient s'appliquer contre un rétrécissement déjà accentué.

L'importance de ces lésions rétractiles du bulbe est bien mise en évidence par les observations suivantes :

OBSERVATION XIV
(SANTY. In Th. KELLER)

Sténose duodénopylorique d'origine biliaire par occlusion causée par un calcul du volume d'une noix et logé dans une cavité fistuleuse intermédiaire entre la vésicule et le duodénum. Duodénectomie et cholécystectomie partielles. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

B..., Octave, 67 ans, présente depuis septembre 1920, des troubles digestifs : vomissements survenant vers 4 heures de l'après-midi, contenant seulement des liquides — se produisant sans effort — pas de douleur. Sous l'influence d'un traitement et d'un régime, le malade s'est amélioré pendant quelque temps. Puis les vomissements ont reparu quotidiennement.

Au mois d'avril 1921, les vomissements sont devenus fréquents, ils surviennent tous les 3 jours, moins acides, moins aigres, que les premiers, contenant du liquide, mais aussi des aliments ingérés la veille. Actuellement le malade n'éprouve aucune douleur. Il accuse un amaigrissement de 30 kilos depuis septembre 1920 et une perte de forces très marquée. Son appétit est considérablement diminué. De temps en temps quelques régurgitations et toutes les semaines se produit un vomissement copieux de stase. Constipation opiniâtre.

A l'examen : Paroi souple. Pas de tension intermittente, mais ondes péristaltiques nettes. Foie de volume normal. Tubage à jeun 300 cc. ; liquide incolore et lait ingéré la veille HCL libre : 1,90. Acidité totale 3 gr.

Radioscopie : Estomac relativement peu ptosé. Bas fond : deux niveaux liquidien. Il passe quelques bouchées très peu opaques par le pylore. Sténose pylorique relativement serrée. Contractions énergiques, mobilité normale. Pas d'images lacunaires.

Intervention le 16 juin 1921 (Docteur Santy).

Anesthésie régionale 240 cc. à 1/200. Parois et splanchniques (50 cc. à Dr., 30 à G.).

Laparotomie médiane. On trouve un estomac très épaissi, avec au niveau de la première portion du duodénum une masse de consistance très dure qui est la vésicule biliaire. Incision. Section dans le grand droit à droite. Dégagement progressif de la région sous-hépatique très adhérente. Constatation d'une énorme vésicule, remplie de cailloux, fusionnée intimement à la première portion du duodénum. Au cours de la libération la vésicule est ouverte avec issue de calculs de volume très variable, dont quelques-uns très volumineux.

Constatation d'une large communication entre la face inférieure de la vésicule et la première partie du duodénum, admettant l'index, et qui était bouchée par un énorme calcul du volume d'une noix.

Résection de ce trajet fistuleux s'ouvrant largement dans le duodénum. Le doigt introduit dans celui-ci trouve une sténose très serrée de l'angle de la première et deuxième portions.

Toute la première portion est d'ailleurs très modifiée.

Résection partielle.

Fermeture de la brèche duodénale à un plan total recouvert de 2 plans séreux aux dépens de débris épiploïques voisins. Gastro-entérostomose antérieure à la suture.

2 août 1921 : Le malade sort entièrement guéri après des suites opératoires très simples.

OBSERVATION XV

(GOULLIoud, *Lyon Chir.*, 1922, p. 361 à 367)

*Obstruction pylorique par calcul biliaire.
Entérotomie duodénale.*

Mlle M. R..., 62 ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 7 novembre 1921 avec une rétention gastrique très prononcée. Le début de la maladie remontait à 3 mois. Elle ne signalait pas d'affection gastrique antérieure ni même un passé net de lithiasique. Amaigrissement de plus de 10 kilos et cependant elle n'avait aucunement l'air cachectique.

A son entrée, elle présente les signes d'une grosse rétention gastrique : gros clapotage, ondes péristaltiques. Dans la région vésiculaire, on perçoit une masse arrondie du volume d'un œuf de poule, une seconde induration moins importante entre celle-ci et l'ombilic. Ces indurations sont fixes.

A la radioscopie, le remplissage de l'estomac se fait dans le temps normal, mais la baryte tombe en pluie dans la cavité gastrique, indiquant la présence d'une grosse quantité de liquide de stase. Il y a des contractions rares et énergiques, mais aucune évacuation n'est perçue.

Quatre heures après, la baryte est tout entière encore contenue dans l'estomac, qui apparaît de forme régulière et ne présente pas de lacunes.

Frappé de l'aspect non cachectique de la malade, on pense à la possibilité d'un ulcère calleux ou d'une sténose d'origine biliaire.

Intervention 12 novembre. Anesthésie locale et anesthésie des splanchniques. Incision verticale médiane. On rencontre de suite des adhérences nombreuses importantes qui cachent complètement la vésicule. La région pylorique et toute la première portion du duodénum forment un cylindre induré. Il n'y a pas de ganglions. Il s'agit donc d'une lésion inflammatoire et non d'une affection néoplasique. Je procède tout d'abord à une gastro-entéro-anastomose postérieure. Je reviens au pylore pour voir s'il faut en faire l'exérèse. Or, en palpant la première portion du duodénum indurée, on distingue de l'induration générale, un point plus dur, qui donne l'impression d'un calcul biliaire.

Ponction exploratrice : Incision dans l'axe du duodénum libérant un calcul biliaire de forme olivaire, ayant 29 mm. de long et 17 de son petit diamètre.

Le calcul avait une de ses extrémités appliquée contre l'orifice pylorique, mais les lésions inflammatoires sous-jacentes sténosant l'intestin au-dessous du calcul, avaient empêché la progression du côté intestinal.

On referme l'intestin par une suture à 2 plans au catgut.

Les jours suivants la malade évacue plusieurs selles diarrhéiques sanglantes. Celles-ci cessent spontanément. Suites simples.

En cherchant secondairement dans l'histoire de la malade l'évolution de sa lithiase hépatique, on obtient les renseignements suivants : il y a 7 ans, elle a souffert de crampes de l'estomac ; il y a 4 ans, elle a présenté une affection aiguë fébrile qui l'a immobilisée 2 semaines. A ce moment elle souffrait dans la région sous-hépatique au point de ne pouvoir se remuer dans son lit. Un médecin parla de fièvre typhoïde, mais fut frappé du volume du foie. Depuis, elle avait de loin en loin des indigestions, sans y porter attention. Ce n'est

que depuis trois mois que son état s'est aggravé et qu'ont paru les signes de stase gastrique.

M. Goullioud ayant enlevé le calcul et fait disparaître la sténose, la malade se rétablit parfaitement, et l'auteur estime qu'il eût été inutile de fermer la fistule et d'enlever une vésicule sans calcul et très adhérente. Il n'eut peut-être pas pratiqué la gastro-entérostomie s'il eut, d'abord, pu songer à cette singulière obstruction par un calcul, qu'il suffisait d'enlever pour rétablir le cours normal.

OBSERVATION XVI

(MERMANN, 1895)

Perforation effrayante due à un gros calcul biliaire et faisant communiquer la vésicule et le duodénum. Sténose duodénale avec dilatation de l'estomac. Double cholécystostomie idéale. Pyloroplastie.

Femme, souffre depuis 8 mois de douleurs à droite, de vomissements fréquents et acides. Le médecin traitant a fait le diagnostic de sténose du pylore avec des restrictions quant à l'existence d'un carcinome. Ces temps derniers la malade a maigri.

On trouve une tumeur grosse comme un œuf sous le bord du foie.

Intervention. Incision transversale droite. La tumeur est mise à nu et on arrive sur la vésicule biliaire. Le fond de la vésicule, très épaissi, est incisé. Elle contient un calcul gros comme un œuf de poule, puis un second et un troisième arrondi qui est engagé dans le canal cystique. La vésicule est fermée par 10 points de suture.

Après libération des adhérences duodénales, on sent un épaississement plus considérable et une quatrième

pierre qui occupe un diverticule de la vésicule. On l'enlève après avoir incisé la paroi.

La vésicule avait été libérée sans hémorragie, lorsque brusquement le duodénum se déchira largement vers le pylore. Le calcul s'était frayé un chemin vers le duodénum qui était en ce point rétréci par du tissu cicatriciel et admettait à peine le petit doigt. Les bords de la partie sténosée sont excisés dans le sens longitudinal et réunis transversalement. On fait le curettage du diverticule de la vésicule et après avivement des bords déchirés on la suture.

Guérison.

Ainsi, aux sténoses par *obstruction calculeuse*, dont nous avons indiqué les divers types, viennent s'ajouter certains faits de sténose par *rétrécissement vrai*. La combinaison fréquente de ces deux mécanismes doit être retenue du point de vue chirurgical : l'extirpation isolée du calcul apparaît donc comme devant être souvent insuffisante, et il sera nécessaire de lui adjoindre un acte soit de dérivation, soit de reconstitution du calibre duodénal.

L'ensemble de ces lésions, calcul enclavé, rétrécissement au contact de la fistulisation vésiculaire, bloquées dans un amas d'adhérences qui, souvent cliniquement vont simuler une tumeur, donneront parfois encore lors de l'exploration chirurgicale cette même impression, et ce ne sera qu'en entreprenant, ou même en terminant (Tuffier) une pylorectomie que l'opérateur reconnaîtra la lésion exacte.

IV. — Le plus grand nombre des fistules cholécystoduodénales ne détermine pas de sténoses pyloriques.

Parfois des signes très transitoires peuvent marquer le passage du calcul dont plusieurs jours, ou même plusieurs semaines plus tard, des accidents étagés d'iléus biliaire viendront révéler la migration. Le calcul se nourrit, en effet, au cours de la descente intestinale et, trop petit pour obturer le duodénum, il deviendra assez volumineux pour s'enclaver dans l'iléon.

D'autres fois la fistule cholécystoduodénale restant absolument latente, sera une découverte opératoire; exceptionnellement même, elle se traduira en clinique par des accidents d'un ordre tout différent, accidents d'infection biliaire ascendante (Delherm, Dalsace, Thoyer-Rozat et Codet).

Est-il possible de fixer les conditions anatomiques qui feront, dans tel ou tel cas, se réaliser après fistulisation cholécystoduodénale une sténose sous-pylorique.

Il semble que l'on puisse retenir deux facteurs :

- le volume du calcul, facteur évident, mais point nécessaire cependant,
- le mode d'effraction duodénale.

Il semble, en effet, que beaucoup plus que la perforation brutale du duodénum par migration d'une collection enkystée périvésiculaire, ce processus lent et progressif sur lequel nous avons insisté, d'usure et d'inflammation de la paroi duodénale par la vésicule adhérente, intervienne dans la constitution du rétrécissement qui bloquera le calcul dès sa libération. Les observations de M. Delore qui indiquent les stades initiaux de la fistulisation progressive, insistent sur l'aspect « ulcéreux » du bulbe duodénal et sur les lésions d'inflammation chroniques qui, déjà avant l'effraction, entraînent un certain degré de sténose.

CHAPITRE IV

Etude clinique

La lecture des observations que nous rapportons montre que les malades se présentent toujours pour des troubles de sténose pylorique : douleurs et vomissements.

I. — Dans certains cas les troubles sont particulièrement accusés et évoluent avec rapidité, réalisant le tableau de l'occlusion aiguë du pylore décrit par MM. Delore, Creyssel et De Rougemont : « L'occlusion aiguë du pylore vien interrompre dans la majorité des cas une histoire digestive déjà ancienne ; d'autres fois c'est après une courte période de troubles frustes que se manifeste avec le caractère d'un accident primitif l'occlusion aiguë du pylore. Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre de ces éventualités, l'occlusion une fois déclarée se manifeste par un ensemble de symptômes absolument particuliers et évolue de façon progressive et régulière : pendant une première période le symptôme capital est constitué par des vomissements, soit vomissements habituels des sténoses, soit plus souvent vomissements peu abondants répétés et

impérieux. Survenant spontanément le jour et la nuit, interrompant toute alimentation, ils se rapprochent bientôt au point de se renouveler d'heure en heure. Parfois même le malade, secoué par des spasmes incessants et douloureux, est en proie à un véritable état de mal gastrique, qui ne s'atténue que pour réapparaître à la moindre gorgée de liquide.

A l'épigastre bombe un vaste estomac tendu, dur et clapotant, parcouru d'ondes actives et fréquentes que le malade perçoit.

Le malade garde un état général relativement bon et une lucidité d'esprit parfaite pendant une huitaine de jours. Avec la deuxième semaine commence une seconde période caractérisée par une altération progressive de l'état général; à dater de cette époque, les vomissements s'espacent petit à petit pour cesser tout à fait, tandis que déclinent les forces et s'éteint la lucidité. Le malade présente un faciès altéré, aux yeux immenses et angoissés, il respire rapidement, le pouls défaille par intervalle et le malade s'éteint ainsi progressivement. »

OBSERVATION XVII

(PALLASSE et REGAD)

Il s'agit d'une femme de 72 ans, entrée dans le service pour des troubles gastriques à type de sténose pylorique.

Ayant toujours eu une bonne santé, elle présenta il y a une dizaine d'années un épisode douloureux aigu au

cours duquel elle ressentit à plusieurs reprises de violentes douleurs hépatiques accompagnées de vomissements et d'ictère. Ces crises se répétèrent subintrantes pendant quelque temps, puis tout rentra dans l'ordre.

Il y a un mois et demi, réapparition des mêmes crises avec une intensité beaucoup plus marquée. Elle s'alita et après une ou deux crises tout sembla se calmer. Toujours alitée elle semblait en voie d'amélioration quand brusquement, il y a une dizaine de jours, elle ressentit de nouveau de violentes douleurs de l'hypocondre droit et présenta des vomissements alimentaires presque incoercibles. Devant la persistance de ce symptôme, elle se décide à entrer à l'hôpital au bout de huit jours.

D'aspect émacié et cachectique, elle accuse un amaigrissement considérable, une faiblesse extrême, un teint subictérique. Elle ne peut rien prendre qu'un peu d'eau, sinon elle vomit aussitôt.

L'estomac météorisé dilaté dans tous ses diamètres se dessine sous la paroi abdominale mince et flasque. On perçoit de larges ondes péristaltiques, il existe du clapotage. On ne sent pas de tumeur.

Douleur nette à la pression dans la région vésiculaire. On observe en outre quelques phénomènes tétaniques des membres et des crampes principalement au membre supérieur.

On se trouve, en somme, en présence d'un syndrome de sténose pylorique aiguë.

On conseille à la malade de se faire opérer, ce qu'elle accepte. Mais elle ne devait pas attendre l'intervention : la nuit même de son entrée elle présente une agitation anormale et meurt.

A l'autopsie : On aperçoit à 3 cm. du pylore l'orifice régulièrement arrondi et un peu épaissi d'une fistule cholécysto-duodénale, siégeant au fond de la vésicule, accolée au bord supérieur du duodénum, orifice du diamètre d'une pièce de 2 francs, conduisant dans un en-

tonnoir dont le fond est constitué par le bassinnet.

La vésicule est noyée dans des adhérences qui relient le duodénum aux voies biliaires et à la face inférieure du foie et déforment complètement la région.

Un calcul biliaire volumineux, pesant 30 gr. et mesurant 4 cm. de diamètre, arrêté dans le premier tiers de l'iléon ; 2 petits calculs à facette dans l'estomac.

II. — Le plus souvent les malades se plaignent de douleurs après le repas, de lenteur dans la digestion et présentent des vomissements. Cliniquement et radiologiquement on observe des signes de sténose pylorique. Le symptôme qui frappe le plus est l'atteinte précoce et grave de l'état général comme dans le cancer (20 kilos en 4 mois dans l'observation de Siegmund) :

OBSERVATION XVIII

(SIEGMUND)

Femme de 62 ans, se plaint depuis 25 ans de douleurs dans l'hypocondre droit avec irradiation dans l'épaule. Pas d'ictère ; quelques vomissements.

Il y a 15 ans le médecin traitant trouve une tuméfaction grosse comme une noix sur le rebord costal ; il fit le diagnostic de cholélithiase et posa l'indication opératoire.

Depuis 4 mois, affaiblissement général, perte de l'appétit, constipation, fièvre intermittente ; depuis 2 semaines vomissements tous les jours après le repas de midi. Perte de 20 kilos en 4 mois.

Radioscopie : Dilatation atonique de l'estomac.

Intervention. Estomac dilaté, épaissi, adhérent à la face inférieure du foie et notamment à la région vésiculaire. Après dissection, on arrive sur un calcul gros comme une noix, contenu dans la vésicule, qui est ratinée et dont le fond est intimement adhérent à la face antérieure du duodénum. A 1 cm. 1/2 du pylore il existe une perforation duodénale avec trajet fistuleux.

Cholécystectomie. L'exploration de la lumière duodénale montre une tumeur dure, grosse comme une noisette. Résection typique Billroth II. Tamponnement sous-hépatique. Guérison.

Revue un an après : guérison clinique parfaite, confirmée par examen radioscopique.

Examen de la pièce : Le pylore est réduit aux dimensions d'un petit crayon. L'ouverture de la fistule montre un orifice tapissé de granulations. Les parois duodénales sont à son voisinage épaissies, sclérosées : rétrécissement vrai. On ne trouve pas de calculs.

III. — Parfois même on peut observer un véritable syndrome d'hypersécrétion gastrique comme MM. Wertheimer et Milhaud.

OBSERVATION XIX (WERTHEIMER et MILHAUD)

S..., 53 ans. Pleurésie sèche en 1915 et 1919.

En 1931, il est atteint d'une première crise considérée comme d'origine hépatique. En juin de la même année, il est pris d'une nouvelle crise très intense, avec douleurs dans l'hypocondre droit et fièvre. L'état fébrile persiste pendant cinq semaines. On constate que toute la région de l'hypocondre droit est douloureuse. Il existe

de la contracture et un peu d'empâtement diffus et le diagnostic qui est alors porté est celui de cholécystite avec péricholécystite.

A noter que dans l'intervalle des crises, et depuis 6 mois, avant le début de la première, le malade présente un syndrome dyspeptique douloureux tardif des plus nets, calmé franchement par les alcalins et l'alimentation. Malgré la mise au régime des hépatiques, les douleurs tardives persistent et ne sont quelque peu amendées que par le bismuth.

A la radioscopie, 24 août 1931 : L'estomac tout entier au-dessus des crêtes iliaques, est un peu oblique à droite. Il n'est pas déformé et ne présente ni lacune ni diverticule. Régions pyloro-duodénales sensiblement normales. L'évacuation se fait bien et quatre heures et demie après l'ingestion barytée, l'estomac est entièrement vide.

Le malade est revu le 20 octobre 1931. Il souffre depuis une semaine à nouveau de crises douloureuses épigastriques intenses presque permanentes, il a de la fièvre depuis le début, dont le maximum atteint 39°. Depuis 48 heures, vomissements incessants aqueux, incolores, chauds, et le malade se plaint particulièrement de leur acidité. Celle-ci est confirmée par l'analyse chimique. A l'examen : langue saburale, subictère douteux des conjonctives ; pas de péristaltisme visible, mais clapotage très marqué dans la zone gastrique (hypersécrétion). On note deux points douloureux très vifs, un à l'épigastre et un autre au niveau du carrefour sous-hépatique, avec un peu de défense, mais sans empâtement.

Ce malade m'est montré le 7 octobre 1931. Il paraît amaigri, mais non cachectique, légèrement cyanosé, déprimé. Il accuse des douleurs épigastriques très vives et vomit fréquemment ; ses vomissements sont aqueux, acides ; il s'alimente très difficilement. L'abdomen est

souple, légèrement sensible dans la région sous-hépatique.

Le diagnostic d'ulcère du duodénum devrait être admis et l'indication opératoire ne saurait être discutée longuement.

Intervention le 17 octobre 1931. Anesthésie générale, laparotomie médiane. L'estomac apparaît normal, mais la région pyloro-duodénale est fixée très haut sous la face inférieure du foie, par une masse dure englobant la vésicule ; l'exploration de cette région ne peut être faite qu'au prix d'une incision complémentaire sectionnant transversalement le muscle grand droit. On peut alors constater que la tuméfaction sous-hépatique est constituée par une masse inflammatoire englobant la vésicule, le pédicule hépatique et la première portion du duodénum. Il est impossible de libérer la vésicule ; on est réduit à l'inciser sur sa face inférieure. Cette incision donne issue à un liquide noirâtre, épais, purulent. On peut extraire plusieurs gros calculs vésiculaires et sentir au doigt le pôle supérieur d'un énorme calcul enclavé. Celui-ci est libéré avec prudence et finalement extrait. Il a le volume d'un œuf de pigeon. Immédiatement après cette extraction s'écoule un flot de liquide blanchâtre, tout à fait semblable à celui que vomissait le malade dans les jours précédents. Ce liquide asséché, on peut se rendre compte que l'ablation du calcul a découvert une vaste perte de substance duodénale du diamètre d'une pièce de 2 francs. Il est impossible de suturer une telle brèche, en raison de la qualité des tissus voisins. On se contente de tamponner vigoureusement la région sous-hépatique par des compresses de cloisonnement autour d'un drain central et de suturer la paroi en un plan aux fils métalliques.

Le malade succombe dans l'après-midi du même jour.

Diagnostic

Le diagnostic de calcul en migration cholécystoduodénale ou déjà enclavé dans le bulbe est très difficile, le plus souvent même impossible. Bouveret a pu l'affirmer deux fois cependant de façon catégorique chez des malades qui avaient des antécédents biliaires évidents. Dans les autres cas, on a pensé quelquefois à la lésion, le plus souvent on l'a méconnue.

Quand on réfléchit à la laborieuse migration du calcul et aux préparatifs péricholécystiques et périoduodénaux de la perforation, on est surpris de ne pas en trouver un récit tapageur dans l'histoire clinique des malades. Les auteurs ont bien cherché à individualiser cliniquement ce syndrome en deux phases : drame sous-hépatique et sténose pylorique, mais cette division reste une vue purement théorique.

Nous n'avons jamais trouvé au complet, dans nos observations, la phase du drame sous-hépatique : hémorragies prémonitoires, violente douleur sous-hépatique au moment de l'effraction intestinale, débâcle diarrhéique de Chauffard.

Ces symptômes se sont présentés isolément et c'est leur succession qui seule serait caractéristique. Disons à titre d'exemple que la diarrhée est signalée dans deux cas (obs. IV, obs. XXIII). Dans le premier cas on pensa à un cancer du pylore, dans le deuxième

cas Venot fit le diagnostic de perforation d'ulcère d'estomac en péritoine cloisonné.

Comme les signes de sténose dominent la scène clinique, que l'amaigrissement est toujours notable, c'est avec le cancer que l'affection est le plus souvent confondue. Et lorsqu'il existe des antécédents dyspeptiques on se range au diagnostic d'ulcère avoisinant le pylore, et cela d'autant plus facilement qu'on aura mis en évidence des hémorragies.

Des erreurs plus surprenantes encore peuvent se voir .

OBSERVATION XX

(PONZI, 1929)

Femme de 66 ans est amenée d'urgence pour hernie crurale étranglée et vomissements incoercibles.

A l'intervention, l'anse étranglée dans l'anneau crural présente des signes d'engouement.

Après l'intervention, la malade continue à vomir.

A ce moment, on perçoit à l'épigastre une masse dure, douloureuse, mal limitée, immobile. On apprend par l'interrogatoire que cette femme avait présenté antérieurement des crises douloureuses et des vomissements.

L'état général s'aggrave et la malade meurt.

A l'autopsie : L'estomac est très dilaté, la région pylorique est attirée et adhérente à la face inférieure du foie. Le duodénum, dans sa première portion, est accolé au foie, et les adhérences sont telles qu'on ne peut reconnaître la vésicule. On ouvre le duodénum et on voit à quelques centimètres du pylore un orifice arrondi, grand comme une pièce de 2 francs, à travers lequel on

aperçoit un calcul gros comme une noix muscade (une très belle photographie montre d'une façon très nette le calcul à cheval sur la fistule).

En somme, il s'agit d'une fistule cholécysto-duodénale par calcul vésiculaire chez une femme opérée pour hernie crurale étranglée.

L'examen clinique n'est pas plus décisif que l'histoire des malades. Quand il révèle une tumeur sous-hépatique celle-ci est si peu caractéristique, que même à la laparotomie son interprétation est parfois délicate : Poncet le pylore en mains disait encore cancer. Goullioud ponctionna le duodénum avant de faire la duodénotomie.

En définitive, c'est, en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'état général, sur l'étude des antécédents, que repose le diagnostic. Dans quelques cas ils sont si nets qu'ils imposent le diagnostic : expulsion, vomissements de calculs, crises nettes de colique hépatique; le plus souvent ils sont imprécis et trompeurs : troubles dyspeptiques. Mais on peut affirmer qu'ils existent presque toujours, si bien que Mondor a pu écrire : « La règle je la lis dans les observations ; ce sont les antécédents instructifs directeurs, si l'interrogatoire fut adroit ; retardataires si l'interrogatoire fut confus ou écourté. »

CHAPITRE V

Etude radiologique

La radiologie des sténoses pyloro-duodénales par calcul en migration cholécysto-duodénale, ou déjà enclavé dans le bulbe, n'a pas été l'objet d'étude d'ensemble. Nous ne possédons d'autre part qu'un petit nombre de documents :

- 17 comptes rendus radioscopiques;
- 3 examens radiographiques.

Il nous est donc impossible de tenter une étude précise des possibilités radiologiques dans le diagnostic de la « *lésion de Bouveret* ». Nous ne pouvons que l'esquisser, en indiquant ce qui paraît déjà établi par l'analyse des faits et le sens dans lequel nous semble devoir se développer ce chapitre d'importance capitale.

*
**

Nous pouvons déjà — et nous possédons des documents assez explicites pour cela — affirmer que l'*examen radioscopique* est le plus souvent insuffisant ou infidèle.

Voici par exemple l'observation publiée par Caudrelier, en 1931, à la Société Nationale de Chirurgie : cliniquement il y a sténose, la malade vomit 3 ou 4 heures après les repas et ses vomissements sont alimentaires et bilieux, le médecin traitant a fait le diagnostic de sténose pylorique. Opératoirement l'on découvre un volumineux calcul du duodénum, et cependant un examen radioscopique est resté négatif.

OBSERVATION XXI (CAUDRELIER)

Mme O..., âgée de 57 ans, entre à l'Hôpital avec le diagnostic de sténose du pylore.

La malade souffre de l'estomac depuis de nombreuses années ; les douleurs surviennent de 3 à 4 heures après les repas ; elles sont calmées par des vomissements bilio-alimentaires. A l'examen, on note une légère contracture douloureuse du creux épigastrique, débordant dans l'hypocondre droit. L'examen à l'écran ne décèle rien d'anormal : « le transit gastro-duodénal est normal ». On met la malade en observation et les douleurs continuant, on décide d'intervenir.

Rachianesthésie. Laparotomie sus-ombilicale. On explore l'estomac, qui est normal, mais on sent, au niveau de la deuxième portion du duodénum, une tumeur dure comme la pierre et arrondie, du volume d'un gros œuf de pigeon. On branche sur l'incision verticale, une incision horizontale, et on découvre largement la région du carrefour duodéno-hépatique.

La vésicule vide et flasque adhère au duodénum ; on sépare le duodénum et la vésicule du niveau de la zone d'adhérences ; ces deux organes se trouvent de ce fait

ouverts ; on extrait le calcul libre dans le duodénum. Cholécystectomie d'arrière en avant ; la vésicule ne contient pas d'autre calcul.

Fermeture en trois plans du duodénum. Drain et mèche sous-hépatique. Guérison.

Nous voulons bien retenir que sans doute le calcul était bas situé et non enclavé à son siège de prédilection du bulbe. Mais nous ne manquons pas d'observations où l'examen radioscopique ne sut pas orienter le diagnostic.

Tantôt, le radiologue répond « sténose pylorique », sans plus préciser, indiquant seulement le degré de la dilatation gastrique, l'horaire de l'évacuation, l'importance de la stase ; mais les détails de la région pyloro-duodénale restent bien difficilement interprétables à l'écran. Et si par exemple l'examen radiologique d'une malade d'Okinczyc (obs. 26) a pu relever ce point particulier de la perméabilité paradoxale du pylore malgré la stase gastrique, le plus souvent le bulbe dilaté est pris pour la région antrale, le pylore forcé n'est pas repéré exactement et le siège duodénal et non pylorique de la sténose méconnu.

Lorsqu'au contraire la sténose est saisie à ses premiers stades, alors que l'estomac est encore protégé par un pylore tonique et ne participe pas, ou participe peu aux phénomènes de dilatation d'amont, l'examen radioscopique peut, sans doute, donner de plus précieux renseignements, indiquant une stase du bulbe duodénal. Le premier examen radioscopique qui ait été, à notre connaissance, publié, celui d'Enriquez et Gosset, correspond à un fait de cet ordre :

estomac dilaté, mais encore contractile avec évacuation gastrique normale, et au niveau du bulbe, ce signe pathognomonique de la sténose sous-pylorique, *la stase bulbaire* :

OBSERVATION XXII

(ENRIQUEZ et GOSSET)

Mme X... souffre depuis 20 ans de crises d'étouffement avec nausées, vomissements. Il y a 5 ans, crise de cholécystite ; vésicule perçue (volume poing), fièvre, frissons. Depuis 2 ans, amaigrissement de 13 kilos.

A l'examen, masse arrondie que l'on pourrait prendre pour la vésicule et que l'opération montrera être un lobe mobile du foie.

Examen radioscopique : Grande ptose gastrique. Evacuation gastrique facile, mais par contre, légère stagnation du bismuth dans la lumière duodénale (1^{re} et 2^e portions). Cette dernière est manifestement déviée vers la droite, et semble fixée à la face inférieure du foie, dont elle suit l'ascension dans la position couchée. Douleur à la pression, mais strictement limitée à la région vésiculaire. On pouvait dire : lésion duodénale certaine et ajouter probablement d'origine vésiculaire.

Intervention 12 février 1914 (Docteur Gosset).

Incision transversale de Sprengel. La vésicule est cachée par des adhérences très serrées entre le bord du foie et l'angle droit du transverse. On libère ces adhérences aux ciseaux en sculptant dans le tissu hépatique, et on met ainsi en évidence une vésicule très épaisse du volume de l'index. C'était par son fond que la vésicule adhérait au colon ; toute sa face inférieure adhère en outre intimement à l'angle du duodénum. On libère ces

adhérences avec prudence et on met ainsi en évidence un tractus long de 1/2 centimètre, du volume d'une forte plume, qui relie la vésicule et le bord inférieur du duodénum, à 1 cm. en dedans de la première portion avec la deuxième. On sectionne de propos délibéré ce tractus et on constate qu'il est creux et qu'un stylet introduit dans son intérieur pénètre, en haut, dans la vésicule, en bas, dans la cavité intestinale. Cholécystectomie. Fermeture du duodénum par un double surjet à la soie.

Il semble inutile de faire une gastro-entéro-anastomose.

Suites opératoires des plus simples.

Cette observation est bien typique de ce que peut donner au mieux, en pratique, l'examen radioscopique dans l'analyse du syndrome que nous étudions. Mais si le fonctionnement gastrique est moins troublé encore, il deviendra malaisé de donner au signe bulbaire, seul indice du stade initial de la sténose, sa signification exacte, et bien imprudent de fonder sur lui le diagnostic d'une lésion rare.

Insuffisance et infidélité de la radioscopie dans la majorité des cas, telle est l'impression que l'on retrouve à la lecture de la grande majorité de nos observations, qui comportent ce seul mode d'examen.

*
* *

L'examen minutieux des clichés est par contre plus instructif et les renseignements qu'il fournit peuvent se grouper sous trois chefs, se résumer en trois signes :

- dilatation du bulbe duodénal, venant confirmer les données radioscopiques éventuelles,
- image lacunaire d'un calcul,
- image diverticulaire de la fistule cholécysto-duodénale.

1° Le cliché radiographique publié par M. Santy à la Société de Chirurgie de Lyon en 1931 montre nettement cette dilatation bulbaire, qui prolonge à travers un pylore dilaté l'ombre gastrique.

OBSERVATION XXIII

(M. SANTY)

*Sténose pyloro-duodénale par migration
cystico-duodénale d'un volumineux calcul.*

Homme de 67 ans, vieux dyspeptique qui, depuis 30 ans au moins, absorbe presque chaque jour du bicarbonate de soude pour calmer des brûlures gastriques à horaire tardif.

Depuis quelques mois ces troubles se sont accentués ; à la simple brûlure gastrique de jadis, a succédé un nouveau type de douleur, caractérisé par des crampes épigastriques, donnant au malade la sensation de contractions, dont le maximum coïncide avec la 3^e heure qui suit l'ingestion des aliments. Ces phénomènes sont devenus de plus en plus intenses, à tel point que le malade a restreint progressivement son alimentation pour éviter de souffrir. Il en est résulté un amaigrissement considérable qui semble progresser rapidement.

Un examen radioscopique a permis de constater une évacuation anormalement lente de la baryte ingérée. Le jour de l'examen, 7 heures après l'ingestion de la bouil-

lie opaque, il en restait encore les deux tiers dans l'estomac.

Plusieurs radiographies de l'estomac, pratiquées pendant l'expulsion du repas opaque, montrent un aspect très anormal de la région pyloro-duodénale, qui a été interprété à cette époque comme une modification de l'antra pylorique, et considéré comme une image liée à l'existence d'un néoplasme de l'antra.

Du 2 au 5 janvier, je mets ce malade en observation, dans l'espoir de faire préciser certains points de son histoire qui apparaissent comme assez obscurs. C'est ainsi qu'il est impossible de faire préciser le siège exact des phénomènes douloureux. Bien que très amaigrie, la paroi abdominale tendue par un ballonnement du côlon assez accentué ne permet aucune précision de palpation, tant et si bien qu'après trois jours de diète et de palpation répétée, on ne peut rien préciser.

Le vieillard est malheureusement un vieux tousseur avec des râles aux bases.

5 janvier 1930 : Sous anesthésie locale, laparotomie médiane, gênée du reste par le ballonnement persistant que, ni la diète, ni la préparation intestinale n'ont pu modifier.

Rien à signaler au point de vue colique, sinon une aérocolie assez considérable, la paroi gastrique est épaissie, comme dans un estomac de sténose lentement progressive, il n'y a pas de liquide de rétention.

L'exploration de la région pyloro-duodénale réserve une grosse surprise : antra pylorique et pylore normaux. Mais vésicule biliaire énorme contenant plusieurs gros calculs, comme des noix, et au-dessous de cette vésicule, masse inflammatoire, correspondant à l'angle de la première et de la deuxième portions du duodénum et qu'on ne peut explorer par l'incision médiane.

On fait donner à regret quelques gouttes de Schleich et on fait une refente horizontale droite.

La vésicule est tendue longitudinalement, débarrassée de quatre très gros calculs, et on peut alors se rendre compte que la masse duodénale sous-jacente est constituée par un énorme calcul du cystique, du volume d'une grosse noix, en voie de passage dans le duodénum. La palpation de la face antérieure du duodénum est, en effet, très caractéristique, elle est rouge, épaissie, mais permet de percevoir très nettement le calcul faisant saillie dans la lumière, tandis que, par ailleurs, la palpation du cystique permet de trouver celui-ci occupé par la même masse, cystique et duodénum étant soudés intimement l'un à l'autre par des adhérences inflammatoires vasculaires œdémateuses.

Il était malheureusement évident que la seule thérapeutique logique qui aurait été l'ablation du calcul était ici irréalisable puisqu'elle aurait nécessité la résection duodénale.

L'état général du malade ne permettait qu'un minimum. Après avoir mis un drain et une mèche au contact de la vésicule ouverte, je fis une gastro postérieure au bouton.

Pendant quatre jours le malade parut supporter assez bien son intervention puis, assez brusquement, survinrent des phénomènes broncho-pneumoniques qui l'emmenèrent en 3 jours. L'alimentation était poursuivie normalement sans incident gastrique.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature un cliché aussi expressif — et qui expose aussi bien les autres éléments du syndrome radiologique de la lésion de Bouveret. La seule radiographie que nous puissions lui comparer a été publiée par Meyer et Singer et correspond à une sténose sous-pylorique par enclavement au contact d'un ulcère d'un volumineux

calcul de carbonate de magnésium et de sodium, indépendant, semble-t-il, des voies biliaires.

L'obstruction réalisée par des conditions analogues à celles qui caractérisent les faits que nous étudions a donné la même image radiographique de stase et de dilatation du bulbe duodénal.

Mais l'étude anatomique nous a montré que certains gros calculs parfois fixés par un rétrécissement sous-jacent, peuvent venir bloquer exactement le pylore, supprimant, ou obturant la poche bulbaire dilatée, c'est-à-dire que ce signe majeur reste inconstant et correspond seulement à une des formes anatomiques de la « lésion de Bouveret ».

2° Une belle image lacunaire de calcul enclavé se voit sur la radiographie qu'illustre l'observation de Brocq, Brodin et Aime.

OBSERVATION XXIV

(P. BROCO, P. BRODIN et AIME)

Un cas d'iléus biliaire. Examen radiologique ayant révélé quinze jours avant l'apparition des accidents d'occlusion l'existence du calcul enclavé dans le duodénum, après perforation cholécysto-duodénale.

En avril 1928, Mme J... vient consulter pour des crises gastriques, anciennes de 14 ans.

Agée de 50 ans, a toujours eu une très belle santé. Dans ses antécédents, on relève: une fièvre typhoïde sans complication survenue dans la jeunesse ; une syphilis conjugale contractée en 1907, soignée depuis régulièrement et n'ayant laissé aucune trace.

Les accidents actuels ont débuté en 1904 : elle a eu, pendant une heure, des douleurs abdominales très vives. Depuis cette date, presque tous les ans à la même époque, au printemps, elle a une crise analogue, sans vomissements.

En 1927, une crise plus intense survient, s'accompagne de vomissements et laisse après elle une sensation d'endolorissement pendant plusieurs jours.

Au début d'avril 1928, cette femme est prise, vers 22 heures, d'une douleur très violente au creux de l'estomac; cette douleur provoque un vomissement et disparaît vers minuit. Dans la matinée, reprise de la douleur qui persiste jusqu'à 16 heures. Dans la suite, la malade reste dans un état de calme relatif. Une radioscopie pratiquée à ce moment aurait montré une évacuation anormalement lente de l'estomac.

Voici quel est son état au moment de son arrivée à l'Hôpital Saint-Antoine : elle a perdu 13 kilos sur son poids habituel qui est 55 kilos. La palpation abdominale révèle un empatement du flanc droit, paraissant

indépendant du foie, de l'appendice et du rein. En position verticale, la palpation révèle une sensibilité assez vive un peu au-dessous et à droite de l'ombilic.

Une nouvelle radioscopie, pratiquée par l'un de nous, montre un aspect normal de l'estomac: pas de liquide à jeun: les contours de l'organe sont réguliers; pas de retard notable à l'évacuation gastrique.

Mais le passage de la bouillie bismuthée dans le duodénum met en évidence un bulbe d'aspect très particulier, dépourvu de contraction. La baryte ne le remplit pas d'une façon homogène, mais paraît s'infiltrer à sa périphérie, sans imprégner le centre; il existe une image diverticulaire de la portion descendante du duodénum. Le transit est normal et l'intestin grêle est vide dix heures après l'ingestion.

Cette image si particulière, associée aux antécédents de la malade, nous a fait penser dès ce moment à l'existence probable d'un calcul enclavé dans le duodénum après fistule cholécysto-duodénale. Une intervention immédiate est conseillée à la malade qui, ne souffrant plus, refuse absolument de se laisser opérer. Elle est alors mise en observation aux environs de Paris. Brutalement, après une quinzaine de jours de calme, elle est prise d'une douleur abdominale très violente et d'un type différent des douleurs précédentes. Cette crise est accompagnée pendant toute la nuit suivante de vomissements extrêmement abondants, on fait le diagnostic d'iléus biliaire et l'on conseille à la malade une intervention d'urgence.

Opération. — Anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane; dès l'ouverture, on aperçoit des anses grêles dilatées et congestionnées, contrastant par leur aspect avec la partie terminale du grêle aplati et rubanné. On sent immédiatement, à la jonction de ces deux segments de l'intestin, un gros calcul oblitérant totalement la lumière du grêle, on l'extrait par une courte entéro-

tomie faite hors du ventre et fermée par une suture en trois plans. La paroi abdominale est suturée en trois plans, sans drainage.

La malade meurt trente heures environ après l'intervention.

Cette image correspond sans doute à cette forme de sténose pyloro-duodénale à laquelle nous venons de faire allusion, plus pylorique que duodénale vraie, avec calcul au contact même de l'orifice sphinctérien. Dans un cas semblable la radiographie ne montra à De Martel que l'image d'une sténose pylorique complète (obs. 26).

L'examen attentif du cliché de M. Santy, que nous avons schématisé dans la figure 1, permet de retrouver, au milieu des ombres complexes de l'angle supérieur du duodénum, le dessin du calcul qui l'obstrue, mais il faut connaître son existence pour en affirmer le contour exact que « camouflent » des opacités superposées. Ce contour est surtout net du côté bulbo-pylorique et se traduit par une image en cupule du bulbe dilaté.

3. — Ce cliché indique aussi, nous l'avons dit, l'existence de la fistule cholécystogastrique : image diverticulaire surmontée d'un niveau liquide (bile) et d'une bulle d'air et rappelant tout à fait certains clichés de cholécysto-gastrostomies, où l'injection de la bouche anastomotique se traduit par les mêmes superpositions de baryte, de bile et d'air (Mallet-Guy et Beaupère).

Bien exceptionnellement, semble-t-il, la fistule cho-

lécysto-duodénale sténosante pourra reproduire le phénomène que signalent Delherm, Dalsace, Thoyer-Rozat et Codet : ayant soupçonné déjà une communication anormale du duodénum et des voies biliaires au cours d'un examen radioscopique, ces auteurs découvrirent sur les clichés, non seulement le dessin de la fistule et de la cavité vésiculaire, mais encore l'injection jusque dans ses plus fines ramifications de l'arbre biliaire principal.

E. Habbe et L. A. Smith avaient publié quelques années auparavant, une série de clichés analogues où l'on voit, remplis de baryte, vésicule, hépato-cholédoque, arbre biliaire en totalité.

Mais cette observation ne comportant pas de vérification anatomique, il n'est pas possible d'admettre, sans réserves, le diagnostic de fistule cholécysto-duodénale que les auteurs considèrent comme vraisemblable. La voie biliaire principale étant très dilatée, et sur les clichés successifs restant injectée alors que l'image vésiculaire a disparu, il nous semble qu'il s'agisse plutôt d'une fistule cholédoco-duodénale, hypothèse parfaitement conforme d'ailleurs aux antécédents cholédociens de la malade.

En pratique il ne faut pas attendre de telles images que nous croyons exceptionnelles, et nous pensons que le cliché publié par M. Santy représente bien plutôt ce que peut habituellement indiquer la radiographie dans le syndrome de Bouveret : image complexe, difficilement interprétable, mais où l'analyse précise retrouve les trois signes de la sténose pylo-

rique, par calcul en migration cholécysto-duodénale, ou déjà enclavé dans le bulbe :

— La dilatation bulbaire, signe pathognomonique, mais inconstant,

— Le dessin lacunaire du calcul, ou tout au moins l'image en cupule de l'extrémité droite du bulbe,

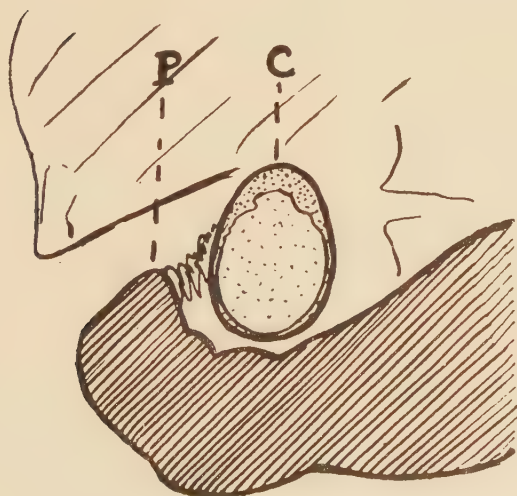
— Le dessin de la fistule vésiculaire, avec ses trois niveaux, signes, nous l'avons vu, qui par le jeu des superpositions, peuvent perdre de leur netteté, mais qui méritent dans l'établissement d'un diagnostic une place de premier ordre.

Les deux clichés que nous avons schématisés (Santý ; Brocq, Brodin et Aime) indiquent deux types possibles, deux syndromes radiologiques :

— Celui du calcul enclavé à quelque distance du pylore, laissant se dilater la poche bulbaire intermédiaire, avec son aspect cupuliforme,

— Celui du calcul enchassé à l'orifice pylorique où seule apparaît l'image lacunaire qui en traduit la présence.

L'on peut imaginer d'autres formes radiologiques, correspondant au calcul à cheval sur l'orifice fistuleux qu'il oblitère, au rétrécissement par lésions pariétales du duodénum où la fistule joue, au contraire, le rôle essentiel. Peut-être, en attendant l'apport incertain de documents nouveaux par la clinique, l'expérimentation serait-elle susceptible d'éclairer ce problème dont la solution est, le plus souvent, nous l'avons dit, la clef du diagnostic.



CHAPITRE VI

Traitement

Il n'y a pas lieu de discuter longuement l'indication chirurgicale dans les sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire type Bouveret.

Que le diagnostic précis n'ait pas été fait et la sténose soit rattachée à l'évolution d'ulcère ou d'un cancer pylorique, ou qu'au contraire, à un tableau clinique ancien et net de cholécystite chronique viennent s'ajouter les signes de sténose, l'indication opératoire est aussi formelle et demande à être remplie aussi précocement que possible.

L'on peut même parler parfois de véritables indications d'urgence, lorsque l'occlusion brutale sous-pylorique donne naissance à ce syndrome d'intolérance gastrique absolue qui caractérise les sténoses aiguës.

Tout le problème thérapeutique réside en réalité dans le choix de l'intervention précise qui sera pratiquée.

En principe, l'opération idéale est représentée par la dissection de la fistule, l'ablation de la pierre, la suture du duodénum, la cholécystectomie et s'il y a lieu une gastroentérostomie complémentaire.

En pratique, les conditions cliniques et anatomiques ont fait que plus souvent peut-être l'intervention fut conduite de façon différente.

Nous allons étudier la valeur des diverses méthodes chirurgicales qui se sont partagé les préférences des opérateurs, ou auxquelles la nécessité les a fait se résoudre :

- la gastroentérostomie isolée,
- l'acte isolé d'ablation du calcul,
- l'opération directe, cure radicale de la fistule cholécystoduodénale.

I. — *La Gastroentérostomie isolée*

Historiquement, la pratique systématique de la gastroentérostomie a retardé la connaissance de ce type si nettement individualisé des sténoses pyloroduodénales d'origine biliaire défini par la « lésion de Bouveret ».

Défendable, selon M. Villard, dans les sténoses correspondant à des lésions vésiculaires éteintes du type d'adhérences anciennes, coudant le duodénum au contact d'une cholécystite cicatricielle, elle doit être rejetée en principe toutes les fois que, cliniquement, radiologiquement ou opératoirement, l'on possède des raisons sérieuses de soupçonner une fistule cholécystoduodénale.

Une intéressante observation de Venot indique le danger possible de la seule intervention dérivative :

le désenclavement du calcul qui, dans son cas, put franchir sans encombre le tractus intestinal, mais que risquent de marquer des accidents graves d'iléus biliaire, ainsi que le prouve l'observation XXIV où la malade dut être opérée d'urgence d'iléus et mourut le lendemain de l'intervention.

OBSERVATION XXV (VENOT)

Chez une femme de 40 ans, cultivatrice, surviennent des douleurs épigastriques violentes, s'accompagnent d'une diarrhée abondante pendant 8 jours. En même temps apparaît une douleur siégeant à droite, sous le rebord costal, s'étendant jusqu'à la hauteur de l'ombilic et empiétant un peu à gauche de la ligne médiane.

Puis s'installe une sténose pylorique complète. La malade vomit tout ce qu'elle prend. Enorme dilatation de l'estomac. Diagnostic probable : tumeur inflammatoire provoquée par la perforation d'un ulcère juxta-pylorique et cause de la sténose.

La malade étant trop faible pour être transportée, on fait des lavages quotidiens de l'estomac, des injections sous-cutanées de sérum et on donne des lavements alimentaires.

Ce traitement produit une amélioration suffisante pour permettre son transfert à Bordeaux. La radioscopie ne montre rien d'anormal.

Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay au cours de laquelle on trouve un énorme bloc d'adhérences dans la région vésiculo-duodénale.

La malade guérit rapidement et 40 jours après l'opération elle expulse par l'anus un gros calcul biliaire

pesant 4 gr. 50, ce qui permet d'établir le véritable ordre des choses : cholécystite calculieuse suppurée ouverte dans le duodénum, provoquant l'abondante diarrhée du début de la maladie et la tumeur inflammatoire obstacle à l'évacuation de l'estomac.

Il reste cependant d'importantes indications à la gastro-entérostomie, à titre d'opération préalable ou complémentaire. La notion que nous avons voulu affirmer est l'insuffisance et le danger d'une seule opération de dérivation, alors que la vésicule est fistulisée dans le duodénum et qu'un calcul est enclavé dans sa lumière.

Qu'en pratique il ne soit pas parfois plus prudent de se contenter d'abord d'une simple gastroentérostomie, si le malade est peu résistant, l'estomac très dilaté et la sténose complète, nul n'en disconviendra. Mais il importe de ne considérer cette opération que comme un premier temps, et de revenir dès que les circonstances le permettront sans danger, aux lésions cholécystoduodénales.

Souvent d'ailleurs le chirurgien ayant pris la masse pyloroduodénale pour un cancer, est réintervenu avec ce diagnostic et a appliqué ainsi avec peut-être plus de rigueur que s'il avait découvert lors du premier temps la lésion exacte en cause, la règle que nous venons de formuler.

II. — *Est-il suffisant d'enlever le calcul
sans toucher à la fistule cholécystoduodénale*

Certains chirurgiens ont ainsi négligé tout acte direct sur la fistule et se sont bornés à une « entérotomie » sur la pierre enclavée. Goullioud incisa le duodénum sans disséquer la vésicule (Obs. 15). De Martel peut extraire le calcul enchâtonné au pylore, par gastrotomie.

OBSERVATION XXVI
(De MARTEL)

Sténose du pylore par lithiase biliaire.

Mme B... souffre depuis longtemps de l'estomac. Vomissements de plus en plus fréquents. Sang dans les selles. Rien à la palpation. Point douloureux pylorique.

Diagnostic clinique : Rétrécissement du pylore probablement par ulcère.

La radiographie montre que l'estomac ne se vide absolument pas.

Intervention. Anesthésie à l'éther. Lap. sus-o.

Le bord antérieur du foie, la vésicule, le pylore et la première portion du duodénum, le grand épiploon au niveau de la partie droite et le côlon transverse, sont réunis en une seule masse inflammatoire à laquelle il est immédiatement décidé de ne pas toucher.

Cette masse extrêmement dure, située sous le bord du foie, semble bien constituée, principalement par la vésicule contenant un ou plusieurs calculs.

Décollement du grand épiploon le long de la grande courbure de l'estomac. Brèche dans le méso-côlon transverse. Passage de l'anse fixe à travers cette brèche. Suture de cette anse le long de la grande courbure. Ouverture de l'estomac et de l'intestin. Par l'ouverture de l'estomac, exploration de la masse inflammatoire. Le doigt sent très bien un gros calcul collé contre la face antérieure du pylore. De dedans en dehors, incision de tous les plans qui séparent la cavité gastrique du calcul. Chute du calcul dans l'estomac. Extraction du calcul par l'incision gastrique. La gastro-entérostomose est alors terminée.

Fermeture de la paroi. Guérison sans incident.

La malade a engraisé, se porte très bien, mange de tout.

De même que De Martel, Goullioud fit précéder cette taille d'une gastroentérostomie, mais dans les commentaires que renferme sa communication à la Société de Chirurgie de Lyon, il note que s'il avait pu faire le diagnostic précis, il aurait pu se passer d'opération dérivative.

Trois points sont ainsi à discuter :

- 1° La valeur de l'extraction simple du calcul sans toucher à la fistule cholécysto-duodénale;
- 2° Le siège duodénal ou gastrique de la taille;
- 3° L'opportunité de la gastroentérostomie complémentaire à cette taille.

I. — Moure, dans le rapport qu'il fit à la Société Nationale de Chirurgie d'une observation de Caudrelier, après avoir rappelé un cas personnel malheureux, d'opération radicale, se demande s'il est bien nécessaire d'enlever en pareil cas, systématique-

ment, la vésicule biliaire, ce qui complique certainement l'opération. « Ne peut-on pas parfois, dit-il, respecter la fistule cholécystoduodénale après la simple extirpation du calcul par duodénotomie, quitte à agir secondairement sur la vésicule, comme le proposait Okinczyc, en 1921, à propos de l'iléus biliaire ?

Moure estime d'ailleurs qu'après le passage du calcul, la plupart des fistules cholécysto-duodénales s'oblitérent spontanément. De fait, nous avons signalé cette éventualité dans notre étude anatomique.

« Il ne faut pas, en effet, perdre de vue le but réel de l'intervention qui est en somme dirigé contre les accidents occlusifs provoqués par la migration d'un gros calcul. Le but doit donc être, avant tout, l'ablation de ce calcul; ceci fait, l'indication thérapeutique est remplie, les accidents mortels conjurés; devons-nous faire plus ? »

A l'appui de ces idées, Moure fait état de l'observation de John Thompson qui, intervenant pour une obstruction duodénale aiguë, trouve dans la région pylorique une masse dure qui semble être un cancer inopérable, lorsque tout à coup sous la pression des doigts, un gros calcul biliaire est refoulé dans l'estomac. Et il fait état également d'une observation de Mac Whaster qui, lui, au contraire, s'étant contenté d'une cholécystectomie, voit six jours après se déclencher un iléus biliaire. « Il est certain, conclut-il, que lors de la première intervention, l'ablation du calcul sans cholécystectomie eût mieux rempli l'indication opératoire. »

En fait, l'extraction simple du calcul ne peut s'appliquer qu'à un très petit nombre de faits et ne peut être mise en parallèle de façon systématique avec l'opération radicale, qui souvent s'impose parce que dès que le chirurgien cherche à voir clair dans les adhérences et essaie de libérer la vésicule, il a les plus grandes chances d'avoir déjà, avant de pouvoir choisir telle ou telle technique, ouvert la **communication** cholécysto-duodénale, dont il sera contraint d'entreprendre la cure radicale.

Lorsque le calcul est enclavé au contact même de la fistule, ou dans l'orifice fistuleux, la taille duodénale intéresserait obligatoirement la vésicule qui, souvent même, aura dû être décollée pour permettre l'incision. L'extraction pure et simple de la pierre ne semble de mise que dans le cas de calcul enchatonné au pylore.

2. — Et dans ce type particulier d'obstruction exactement sous-pylorique, deux voies sont théoriquement possibles : duodénotomie, gastrotomie.

Il est hors de doute que le calcul étant franchement bloqué contre le pylore, c'est par l'estomac qu'il vaut mieux le cueillir, si l'on veut se contenter de la simple lithotomie, qui gagne à ne pas être pratiquée sur une paroi duodénale enflammée.

3. — Il serait, semble-t-il, imprudent de suivre les conseils de Goullioud, qui regrettait d'avoir ajouté à l'extraction du calcul une gastroentérostomie, et considérait que si le diagnostic exact pouvait être posé dès le début de l'opération, il suffirait de se borner à l'ablation de la pierre.

La gastroentérostomie complémentaire nous paraît s'imposer pour plusieurs raisons :

— Faite en premier lieu, elle vide l'estomac et évite l'accident brutal d'inondation du champ opératoire par le liquide de stase ;

— Elle met au repos la suture qui a pu être faite dans une zone chroniquement enflammée au contact du calcul. Elle peut d'ailleurs, comme dans le cas de De Martel, permettre l'extraction du calcul par l'incision gastrique qu'elle comporte ;

— Elle pare à la persistance éventuelle des phénomènes de sténose qu'entretenaient les lésions pariétales (rétrécissement vrai du duodénum) ;

— Enfin, puisque la fistule cholécysto-duodénale est laissée en place, la dérivation pallie aux accidents possibles, bien qu'exceptionnels, d'infection biliaire ascendante.

Mais pour conclure, nous tenons à répéter que pour nous cette opération élégante et théoriquement si simple de la lithotomie isolée est exceptionnellement réalisable et que dans la grande majorité des cas, si le chirurgien veut agir directement sur l'obstacle, c'est au traitement radical de la fistule qu'il est nécessairement amené.

III. — *L'opération radicale : cure de la fistule cholécystoduodénale*

Elle comporte la dissection et la section de la fistule cholécysto-duodénale, l'ablation de la pierre en-

clavée, le traitement des lésions duodénales et celui des lésions vésiculaires.

1° Tout d'abord faut-il lui associer une gastro-entérostomie : les trois observations suivantes indiquent les trois possibilités :

- dérivation préalable,
- dérivation complémentaire,
- pas de dérivation.

OBSERVATION XXVII

(M. SANTY) (Inédite)

1^{er} temps : *Gastro-entérostomie.*

2^e temps : *Cholécystectomie. Duodénorraphie.*

Mme B..., 53 ans.

24 octobre 1930 : Sténose du pylore probablement néoplasique. Début en mars 1930, actuellement très serrée.

29 octobre 1930 : Depuis 48 heures, lavages d'estomac qui évacuent chaque fois un résidu considérable et dessinent un très grand estomac.

Anesthésie au Schleich. Grand estomac plus dilaté qu'épaissi descendant très bas, petite masse pylorique comme une noix qu'on estime être un néoplasme.

G. E. A. P. à la suture très large. Nécessité d'aspirer un abondant résidu gastrique. Muqueuse très hémorragique.

A 18 heures : Malade assez shokée; a vomi noir. A eu une petite suppuration de la paroi.

16 janvier 1931 : Revue en très bon état, a engraisé de plusieurs kilos. Bonne évacuation.

4 février 1931 : Anesthésie au Schleich.

On constate que la masse qui a été prise pour un néoplasme est en réalité une masse inflammatoire péri-duodénale développée autour d'une vésicule bourrée de calculs. Ne pouvant aborder par la ligne médiane on fait une fente transversale en sectionnant le grand droit. Libération progressive de la vésicule très sclérosée ; on arrive au niveau du bassinnet en un point où il y a véritablement fusion de la vésicule et du duodénum.

La libération ouvre une communication cholécysto-duodénale comme un crayon. Cholécystectomie. Oblitération de la perforation duodénale à deux plans. Une mèche sur le lit vésiculaire qui saigne malgré un sujet péritonéal.

Deux volumineux calculs.

15 février 1931 : Suites simples.

12 août 1931 : Revue en excellent état, suites simples, a engraisé de 12 kilos. Excellent résultat.

OBSERVATION XXVIII

(OKINCZYC)

Mme D..., 40 ans, entre à l'Hôpital pour douleurs gastriques et vomissements.

En 1912 la malade ressentit pour la première fois des douleurs épigastriques survenant 3 ou 4 heures après le repas du soir, et calmées par les alcalins.

En janvier 1920, fit une crise plus aiguë et eut un vomissement très abondant, acide, contenant des aliments non digérés. Malgré le repos et le régime, un mois après, elle se met à vomir tous les jours, et entre à l'Hôpital le 26 mai, ayant perdu 6 kilos dans les 2 derniers mois.

L'abdomen est souple, il n'y a pas d'ondes, on ne sent pas de tumeur.

La radioscopie montre, malgré la perméabilité du pylore, des signes indiscutables de stase.

Opération le 2 juin 1920 : l'estomac est dilaté, le pylore adhère intimement au foie et masque complètement la vésicule et la première partie du duodénum. On sent une tumeur dure, pierreuse, qui semble bien constituée par une lithiasé vésiculaire, avec sténose extrinsèque sous-pylorique par péricholécystite.

Dissection progressive de la zone adhérente. On finit par dégager une vésicule rétractée, épaissie, qui adhère si intimement avec le pylore et le duodénum, qu'elle forme comme un anneau qui encercle ce canal. Un double calcul articulé, volumineux, occupe le centre de cette zone d'adhérences. Le calcul qui occupe le fond de la vésicule est à demi sorti de la vésicule et engagé partiellement dans une perforation de la première portion du duodénum. Ablation du calcul. Libération de la vésicule. Cholécystectomie.

Fermeture du duodénum sous 2 rangs de suture. Epiplooplastie sur cette suture, qui rétrécit sensiblement le calibre de l'intestin. Enfin, gastro-entérostomie postérieure. Fermeture sur drain sous-hépatique.

La malade meurt le 5 juillet d'une pleurésie purulente^e traitée par pleurotomie, avec résection de la 10^e côte.

A l'autopsie : la première portion du duodénum adhère à la face inférieure du foie. Il a été impossible de retrouver le siège de la perforation duodénale et de la suture complètement cicatrisées.

OBSERVATION XXIX

(VILLARD et CADE)

Cholécystectomie et Duodénorraphie.

Mme F..., 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 décembre 1926 pour des troubles gastriques.

En 1922 elle a eu des manifestations rattachables à la lithiase biliaire (douleurs abdominales, fièvre, ictère...). En 1923 et 1924, elle éprouve des douleurs après les repas, qui cèdent facilement à un régime approprié. En janvier 1926, elle est atteinte d'une infection qualifiée de paratyphoïde qui se serait compliquée d'une cholécystite et qui aurait nécessité un alitement de deux mois. Depuis cette époque ont persisté quelques malaises digestifs assez vagues qui se sont aggravés récemment. La malade éprouve 5 à 6 heures après le repas de midi, un endolorissement de l'abdomen qui se ballonne. Alors surviennent des renvois, des aigreurs, puis des vomissements alimentaires abondants. Deux jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu apparaissent, en outre, des crampes gastriques très douloureuses, avec irradiation lombaire.

A l'examen, le ventre est souple à la palpation. Pas de masse perceptible. La pression est surtout pénible dans la région vésiculaire. L'estomac clapote nettement cinq heures après l'ingestion d'un bol de liquide. Pas d'ondes péristaltiques, pas de tension gastrique intermittente.

Il y a de la constipation sans décoloration des matières. L'état général est bon. Pas d'amaigrissement. Il n'y a pas de fièvre. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

A la radioscopie, 6 heures après l'ingestion d'une bouillie opaque, la plus grande partie de celle-ci est encore dans l'estomac.

Devant l'ensemble des symptômes, nous concluons à une sténose pylorique, qui nous paraît devoir reconnaître une origine biliaire et posons l'indication opératoire.

L'intervention est pratiquée le 23 décembre. Anesthésie à l'éther. Incision de Mayo. Le bord inférieur du foie est entièrement adhérent au côlon. Les adhérences recouvrent et cachent la vésicule. Après libération, on découvre le fond vésiculaire. Profondément, on perçoit, au niveau du pylore, un noyau induré du volume d'une noix, donnant à première vue l'impression d'un néoplasme, mais de consistance très dure, ce qui permet des réserves sur sa nature exacte.

Libération progressive de la vésicule rétractée, formant un bloc en symphyse avec le tissu hépatique et la région pyloro-duodénale.

Au cours des manœuvres de décollement, et bien que celles-ci soient effectuées en empiétant sur la région vésiculaire, on ouvre un trajet fistuleux cystico-duodéal, par où s'écoule, à la fois, un peu du contenu intestinal et quelques petits calculs accompagnés d'un peu de bile purulente. Assèchement par aspiration. Fermeture temporaire de la brèche vésiculaire par une pince. Libération du duodénum qui permet de reconnaître que la tumeur pylorique est constituée en réalité par un volumineux calcul arrêté dans la lumière du pylore.

Une incision longitudinale permet d'extraire un gros calcul rugueux et neuf petits calculs à facettes bloqués au-dessus de lui. Suture à deux plans par l'incision intestinale. Cholécystectomie rétrograde, au cours de laquelle se produit une hémorragie assez abondante de la cystique, un peu difficile à pincer et à ligaturer correctement. Tamponnement sous-hépatique par trois mèches avec drain central.

Il s'agit en somme d'une fistule cholécysto-pylorique ayant permis le passage du gros calcul enclavé dans le pylore, et ultérieurement aux calculs plus petits accumulés en arrière de lui. La vésicule rétractée de cholé-

cystite chronique contenait 15 calculs du même aspect que ceux arrêtés dans le pylore.

Le 25 janvier 1927 : La malade, dont les suites opératoires ont été normales, part en bonne santé.

Le 24 mars : La malade est revue, l'état général est bon, pas de fièvre. Elle a repris du poids depuis son opération. Elle n'a plus de vomissements. Elle a parfois de la diarrhée alternant avec des périodes de constipation. Beaucoup de gaz. Elle accuse quelques douleurs à l'épigastre sans horaire fixe. Le foie est un peu gros et sensible. Il y a une sensibilité diffuse de la région sous-hépatique. La radioscopie (16 mai 1927) montre un allongement de l'estomac de trois travers de doigt et une légère dilatation du bas fond. Les contractions de l'organe sont précoces et efficaces.

M. Villard ajoute : « la gastroentérostomie complémentaire nous paraît inutile et prolonge sans nécessité l'intervention, d'autant que l'incision duodénale ou gastrique peut être suturée transversalement à la manière de la pyloroplastie. »

Les considérations que nous venons de développer sur l'opportunité d'adjoindre à la seule opération de lithotomie une dérivation, jouent également ici : protéger la suture, parer au rétrécissement probable du duodénum, tels sont les arguments qui ont poussé la majorité des chirurgiens à dériver. Il suffira d'ailleurs d'une gastroentérostomie au bouton qui, sans compliquer beaucoup l'acte opératoire lui confère une sécurité plus grande.

2° Le traitement des lésions duodénales est réalisé en principe par la suture. Il existe cependant des observations de duodéno-pylorectomie : l'une de ces

opérations semble avoir été entreprise pour un diagnostic de tumeur vers lequel orienta l'exploration chirurgicale, alors que cliniquement le diagnostic exact avait été formulé.

OBSERVATION XXX

(TUFFIER)

Femme de 51 ans qui maigrit et vomit. En mai 1912, elle commence à vomir 2 heures après le repas du soir tout ce qu'elle a pris. Les vomissements se répètent bientôt après tous les repas. Un point douloureux vésiculaire fait dire « cholécystite calculeuse » et conseiller un séjour à Vichy. Mais en janvier 1913 la malade vient se faire opérer parce qu'elle continue à vomir.

Or, en plus de ces vomissements quotidiens qui ont amené un dépérissement marqué (60 livres), on constate à l'examen un estomac extrêmement dilaté ; clapotage à jeun très net. La tuméfaction gastrique, qui est énorme, présente des ondulations et se contracte sous la main. Pas de point douloureux. Pas de tumeur. Diagnostic : rétrécissement du pylore probablement d'origine biliaire.

1° *Opération* : Laparotomie. Estomac très distendu, qui descend jusque dans le bassin. On sent dans la deuxième portion du duodénum une tumeur qui semble un polype, gastro-entérostomie postérieure.

2° *Opération* : Laparotomie avec incision transversale droite sous-costale. On trouve la première portion du duodénum indurée, avec une tumeur souple dans son intérieur et des adhérences au niveau de la vésicule.

Section de l'estomac au-dessus du pylore.

L'extirpation de la première portion du duodénum est

extrêmement difficile. On résèque une partie du pancréas adhérente. En haut, on isole le duodénum d'une substance blanche cicatricielle qui se trouve être la vésicule biliaire prise dans le duodénum. Fermeture de la vésicule biliaire ; résection de la première portion du duodénum et suture en 2 plans.

Examen de la pièce. — Je trouve un calcul biliaire dans la paroi duodénale confondue avec la vésicule et faisant saillie dans la lumière de ce duodénum.

Suites opératoires normales. La malade a quitté l'hôpital guérie.

Dans un autre cas (observation 14) M. Santy fut conduit à la résection par l'intensité des lésions duodénales — résection segmentaire qui permettait une meilleure fermeture et plus sûre qu'une duodénorrhaphie laborieuse et incertaine.

Retenons la complexité possible du temps duodéal lorsque l'orifice fistuleux est large, les tuniques duodénales enflammées et la lumière rétrécie : une résection partielle, suivie de capitonnage du moignon duodéal et de suture du bout pylorique pourra être fort utile dans de telles circonstances.

3° Le temps vésiculaire a été le plus souvent représenté par la cholécystectomie : c'est évidemment l'idéal. Il n'est pas toujours réalisable, ni exempt de danger. Lorsque l'opération est pratiquée en un deuxième temps, et a été précédée d'une gastroentérostomie qui a permis au malade de se refaire, ou lorsque l'opéré est au premier stade des accidents de sténose, ceux-ci ne doivent pas intervenir pour le choix de l'opération vésiculaire, qui est fonction des lésions et des possibilités techniques.

Mais dès que l'état général est touché et la résistance du malade amoindrie, la notion de sténose pyloro-duodénale doit, nous semble-t-il, faire préférer à la cholécystectomie le simple drainage de la vésicule perforée, et d'ailleurs siège de lésions le plus souvent cicatricielles.

L'acte vésiculaire nous paraît donc devoir être réduit au minimum. Le calcul enlevé, la fistule duodénale oblitérée, une dérivation gastrique pratiquée, l'essentiel de l'intervention est fait : si des lésions importantes de perforation du bassinet ne l'exigent pas et si l'état du malade ne le permet pas sans danger, il n'y a pas d'indication à enlever la vésicule.

IV. — *Indications thérapeutiques*

Une statistique ne donnerait qu'une idée fort imparfaite des résultats du traitement chirurgical des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire, type Bouveret.

Un si petit nombre d'observations réparties sur près de 40 ans, et comportant des interventions différentes ne permet pas ce genre de recherches.

L'impression qui se dégage de la lecture des observations que nous avons colligées reste celle d'une très grande gravité de cette affection, qui, abandonnée à elle-même, conduit, sauf exception, à la mort; et pour laquelle le traitement chirurgical est malheureuse-

ment grevé d'une lourde mortalité que les progrès de techniques ne suffisent pas à dissiper.

La mortalité opératoire est le fait de circonstances anatomiques et cliniques très défavorables : nécessité d'une opération somme toute complexe chez des malades très débilités.

La technique est actuellement au point. Elle donne de magnifiques succès. Elle donne également des échecs qui semblent injustifiés et que seul peut expliquer le manque de résistance des opérés.

En l'absence de statistiques utilisables, et nous répétons que nous n'avons pas, intentionnellement, cherché à obtenir un pourcentage qui n'aurait pas eu de signification dans cette collection d'observations en mosaïque, ce sera donc surtout sur des considérations d'ordre général que nous chercherons à baser le choix d'indications opératoires précises.

Plusieurs notions semblent peu discutables :

1° Ne jamais se contenter d'une gastroentérostomie. Savoir très souvent utiliser cette opération comme premier temps utile si l'état général du malade ou la dilatation gastrique l'exigent, mais ne la considérer que comme un temps préalable devant être nécessairement suivi d'un acte direct sur l'obstacle.

2° Toujours, semble-t-il, cet acte direct, quelle que soit sa modalité exacte, devra être précédé, ou complété, par une gastroentérostomie.

3° Ce n'est que théoriquement que l'on peut opposer les deux types d'opération directe sur l'obstacle :

— lithotomie simple — de préférence gastrolitho-

tomie qui s'adresse aux calculs enchatonnés du pyllore;

— cure de la fistule cholécysto-duodénale, qui est le plus souvent rendue nécessaire par le siège même et l'étendue des lésions, toutes les fois que la sténose est due à un calcul enclavé dans le bulbe, ou à cheval sur l'orifice fistuleux, ou à un rétrécissement vrai du duodénum.

4° L'acte vésiculaire gagne à être réduit au minimum; aussi, loin de condamner l'opération simple de gastrolithotomie, qui ne touche pas à la vésicule, nous la croyons justifiée toutes les fois qu'elle est possible; et lorsque la cure de la fistule cholécysto-duodénale est entreprise, nous pensons qu'à la cholécystectomie peut souvent se substituer l'acte simple de drainage vésiculaire.

Telles sont, fonction de l'état général et des lésions anatomiques, les indications opératoires qui nous paraissent correspondre au traitement du syndrome de Bouveret et dont lui-même avait défini de façon parfaite les principes essentiels.

Intervient encore dans la direction du traitement un autre facteur : le diagnostic cliniquement, ou même opératoirement posé. Celui de néoplasme pylorique comporte heureusement des règles thérapeutiques analogues ; et, peut-être, est-ce même grâce à cette fréquente erreur de diagnostic qu'est mieux connue aujourd'hui l'histoire chirurgicale de la lésion de

Bouveret ; un diagnostic étiologique exact aurait souvent, en effet, incité, selon les idées classiques, à ne pas disséquer le bloc d'adhérences cholécystoduodénales, et à se contenter d'une simple anastomose, laissant en place le calcul et la fistule.

Conclusions

I. — Dans le cadre des sténoses pyloro-duodénales d'origine biliaire se rangent des faits de valeur inégale : parfois simples troubles fonctionnels de cause extrinsèque (compression, coudures, adhérences sous-hépatiques ; d'autres fois sténoses vraies liées à l'évolution d'une lésion intrinsèque du canal pyloro-duodénal, dont le type le mieux individualisé, du point de vue anatomique, clinique et thérapeutique, est réalisé par le calcul en migration cholécysto-duodénale ou déjà enclavé dans le bulbe.

II. — La lésion initiale est une fistule cholécysto-duodénale. Le calcul peut être à cheval sur l'orifice pathologique, ou libre dans la lumière intestinale. A son contact, le duodénum est souvent le siège de lésions pariétales importantes, arrivant à créer un rétrécissement vrai qui bloquera le calcul en aval. Dans d'autres cas ce n'est que temporairement que s'enclave le calcul dans le bulbe. Plus tard il reprendra sa migration qui sera marquée par des accidents étagés d'iléus biliaire.

III. — Cliniquement, le diagnostic est rarement fait, les antécédents biliaires précis manquant de façon paradoxale dans plusieurs observations. Une tumeur étant perçue à droite de la ligne médiane, la sténose pylorique est rattachée à une tumeur du pylore.

IV. — Des documents trop peu nombreux ne permettent pas encore de fixer les divers signes radiographiques du syndrome que nous étudions. Toutefois l'*image lacunaire du calcul*, la *stase bulbaire* et le *dessin d'un reflux vésiculaire* apparaissent déjà comme des éléments précieux susceptibles d'orienter un diagnostic imprécis.

V. — L'indication opératoire n'est évidemment pas discutable et présente même souvent un réel caractère d'urgence (obstruction pylorique aiguë).

La gastroentérostomie pratiquée isolément en l'absence d'un diagnostic exact, ne saurait représenter qu'une méthode palliative, laissant subsister le risque inhérent au calcul entré par effraction dans le tube digestif.

Il convient de lui associer, dans la mesure où l'état général et les conditions locales le permettent, l'acte direct d'extraction du calcul par duodénotomie, ou gastrotomie, s'il s'agit d'un enchatonnement à l'orifice pylorique, et bien plus souvent l'opération complexe qui réalise la cure de la fistule cholécysto-duodénale avec la levée de l'obstacle et à laquelle les lésions conduisent naturellement le chirurgien.

L'opération gagne dans nombre de cas à être menée en deux temps.

L'état des parois duodénales entraîne parfois à une résection segmentaire.

L'acte vésiculaire sera souvent au contraire réduit au minimum.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BERARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 16 Mai 1932

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

1841. AUGUSTE BONNET. — Traité des maladies du foie. Paris, 1841.
1851. FAUCONNEAU-DUFRESNE. — La maladie calculeuse du foie.
1880. MOSSÉ. — Accidents de la lithiasé biliaire. *Thèse d'agrég.* Paris, 1880.
1890. HARLEY. — Traité des maladies du foie.
1891. DAGRON. — *Thèse Paris*, 1891.
1892. BOUVERET et DEVIC. — Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique. *Revue de Médecine*, 1892.
- NAÜNYN. — Klinik des cholelithiasis. Leipzig, 1892.
1895. GAILLARD. — Obstruction pylorique par calculs biliaires. *Presse Médicale*, 1895.
- MERMANN. — Beiträge zur Klinische Chirurgie.
1896. BOUVERET. — Sténoses pyloriques d'origine biliaire. *Revue de Médecine*, 10 janvier 1896.
- ALEX. — *Thèse Lyon*, 1896.
1897. TUFFIER et MARCHAIS. — Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique, février 1897, tome XVII, p. 100.
- MANGOURD. — *Thèse Paris*, 1897.
1898. MARCHAIS. — *Thèse Paris*, 1898.
1903. DUFOUR. — *Thèse Paris*, 1903.

1908. COTTE. — *Thèse Lyon*, 1908.
FRIEDMANN. — *Medical Record*, 1908, n° 9512,
4 avril, 556-565.
1909. VILLARD. — Rétrécissement large du pylore. *Soc. Sciences Médicales de Lyon*, 6 déc. 1909.
— Rétrécissement inflammatoire du pylore.
Lyon Chir., 1909.
1911. LUND. — Obstruction de l'iléon par un volumi-
neux calcul biliaire, entérostomie, cholécys-
tectomy et suture du duodénum. *Ann. Surg. Phila.*, 1911, LXIV, 321-324.
1912. DOHAN. — Sténose duodénale due à la lithiase bi-
liaire. *Wiener medizinische Wochenschr.*,
1912, 13 avril, LXII, 1055.
THOMPSON. — Obstruction complète du duodé-
num résultant de l'arrêt d'un gros calcul bi-
liaire. *Ann. Surg. Phil.*, 1912, XXX, 514-527.
1913. ARNAUD. — Iléus biliaire. Cholécystectomy chez
une femme de 81 ans. Guérison. *Lyon Médical*, 1913, CXX, 1345-1347.
1914. TUFFIER. — Rétrécissement du pylore d'origine
biliaire. *Journal des Praticiens*, 1914.
1919. COTTE et BRESSOT. — *Revue de Chirurgie*, 1919.
1921. KELLER. — *Thèse Lyon*, 1921.
VILLARD. — *Société Chirurgie.*, Lyon, 1919.
BÉRARD. — *Soc. Chir.*, Lyon, 1919.
1922. SAVY. — Les fausses affections viscérales par pé-
ritonite adhésive primitive. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1922, p. 423-435.
GOULLIoud. — Obstruction pylorique par calcul
biliaire. Entérotomie duodénale. *S. Ch. Lyon*,
1922, 361-367.
1923. BONNECAZE et LE CHAUX. — Iléus biliaire: pièce
anatomique: fistule cholécysto-duodénale. *B. et M. Soc. Anat. Paris*, 1923, XCIII, 710-712.

- VENOT. — Sténose pylorique consécutive à une cholécystite calculeuse suppurée ; gastro-entérostomie ; expulsion par l'anus du calcul biliaire. *B. et M. de la Société de M. et Ch. Bordeaux*, 1922-1924, 406-410.
1924. DE MARTEL. — Sténose du pylore par lithias biliaire. *Soc. Chir.*, 1924, 686-688.
- MIRAILLÉ et THIBAUT. — Sténose pylorique par calcul biliaire. *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, 3^e s., XLVIII, 715-718.
- PAPIN. — Les sténoses pyloro-duodénales dues à la lithias biliaire. Leur traitement chirurgical. *Journal de Chirurg.*, 1924.
1925. DELORE, CREYSSEL et DE ROUGEMONT. — L'occlusion aiguë du pylore au cours de l'évolution des sténoses pyloriques. *Presse Méd.*, 1925.
1926. EDWIN HABE, LESTER SMITH. — *J. of American med. Ass.*, LXXXVI, 1926, 476.
- MALLET-GUY et BEAUPÈRE. — Exploration radiologique des bouches de cholécysto-gastrostomie. *Arch. Mal. app. digestif*, 1926, XVI, 686-706.
1927. PERRIN. — Les sténoses pyloriques d'origine biliaire. *Arch. Franco-Belges Ch.*, 1927, XXX, 860-863.
- SINDONI. — Fistola colecistico-gastrica consecutiva e colelitiasi. *Rinasc. medic.*, 1927, 15 sept.
- RICCI. — Considerazioni supra un caso di stenosi pilorica da colecistite. *Riforma medica*, 1927, n° 35.
- TROELL. — On pyloric stenosis as a complication in. cholelithiasis. *Ann. Surg.*, 1927, nov., p. 758.
1928. OKINCZYC. — Les migrations transduodénales directes des calculs vésiculaires. *Rev. M. Chir. des M. du foie, pancréas et rate*, t. III, n° 3, mai-juin 1928, 199-209.

- VILLARD et CADE. — Obstruction calculeuse du pylore. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 25 juin 1928 ; *Lyon Méd.*, 1929, 112-115.
- MALLET-GUY et HEITZ. — Lithiase du cholédoque et fistule spontanée cholécysto-duodénale. *Lyon Méd.*, 1928, CXLI, 356-357.
- PERRIN. — Traitement des sténoses pyloriques d'origine biliaire. *Congrès Français de Chirurgie*, 1928, 995-999.
- PALLASSE et REGAD. — Iléus biliaire, diagnostic à l'autopsie. *Lyon Médical*, 1928, t. II, 665-668.
- SANTY. — Deux observations d'iléus biliaire. *Soc. Chir. de Lyon*, 8 nov. 1928, in *Lyon Chirurgical*, XXVI, 84-88.
- TIXIER. — Discussion. *Soc. Chir.*, du 8 nov.
- VILLARD. — Discussion. *Soc. Chir.*, du 8 nov.
- GAVAZZENI et LUSSO JONA. — Un caso di fistola cistico-duodenale da calcolo contrallato all'intervento chirurgico. *Riforma medico*, XLIV, 1160-1162, 1928.
1929. BROCCO, BRODIN et AIME. — Un cas d'iléus biliaire. Examen radiologique ayant révélé, quinze jours avant l'apparition des accidents d'occlusion, l'existence du calcul enclavé dans le duodénum, après perforation cholécysto-duodénale. *B. et M. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1929, t. II, 1194-1200.
- PONZI. — Stenosi gastrica da colecistite calcolosa. *Policlino*, 1929, XXXVI, 771-774.
- CERNEZZI. — La stenosi piloro-duodenale d'origine biliaire. *Gazz. d. osp.*, L. 1839-1392, 1929.
1930. SIEGMUND. — Eine seltene form von Pylorusténose. *Zentralblatt f. Chir.*, 1930, LVII, 2367-2369.
- MAKKAS. — Eine seltene form von Pylorusténose durch Gallensteine. *Zentr. f. Chir.*, 1930, LVII, 1208-1210.

- GUELLERIN. — Occlusion intestinale par calcul biliaire volumineux. Expulsion spontanée du calcul. Guérison. *Arch. Med. Chir. de Province*, nov. 1930.
- PAILLARD (H.). — A propos du diagnostic des douleurs abdominales (le diagnostic et le pronostic de l'iléus biliaire). *Le Journal Méd. Français*, XIX, n° 12, 476.
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen. 1930.
1931. DUBOUCHER. — Obstruction et occlusion au cours de la migration intestinale des calculs biliaires. *Revue Méd. Chir. des mal. du foie, pancréas et rate*, n°s mai-juin, juillet-août 1931.
- CAUDRELIER. — Extraction d'un volumineux calcul intraduodéal. *B. et M. de la Soc. Nation. de Chir.*, 1931, t. I, 198 à 204.
- DELHERM, DALSAN, THOYER-ROZAT et CODET. — Un cas de fistule duodéno-biliaire. *Soc. de Radiol. Méd. de France*, 13 janvier 1931, XIX, 33.
- MEYER et SINGER. — Intermittent gastric ileus due to mechanical causes. *Surg. Gyn. Obst.*, LIII, 1931, 742-749.
- ODEN. — Sténose duodénale et cholélithiase. Perforation par calcul biliaire. *Deutsch. Zert. f. Chir.*, 1931, CCXXXI, 427.
- PAVIOT et MOULINIER. — Iléus biliaire, considérations, diagnostiques. *J. de Méd. de Lyon*, 1931, p. 33.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre Premier.</i> — Définition	11
<i>Chapitre II.</i> — Historique	17
<i>Chapitre III.</i> — Etude anatomique	31
<i>Chapitre IV.</i> — Etude clinique	57
<i>Chapitre V.</i> — Etude radiologique	67
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	83
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	109

TABLE DES MATIÈRES



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS - ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



